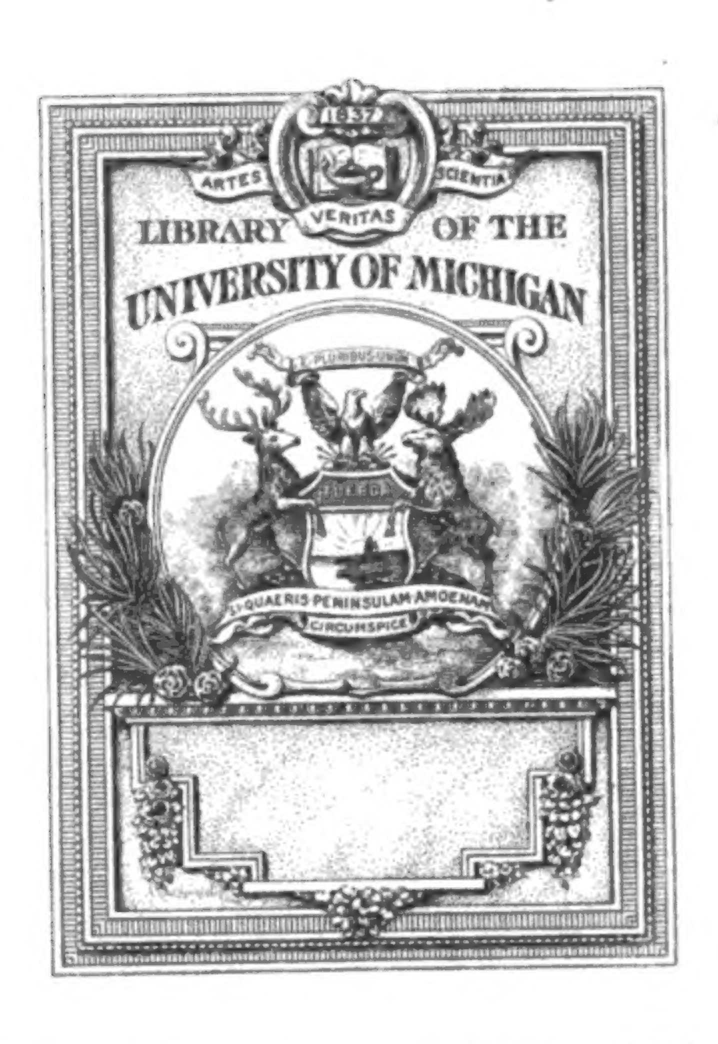
Digitized by Google



Digitized by Google

G10.5
D43
W8

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

CENTRAL LIBRARY,
UNIV. OF MICH.
DEC 6 1905

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH, DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL,
PRIVAT-DOZ. DR. FR. KRZYSZTAŁOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

VIERZIGSTER BAND.
1905.
JANUAR BIS JUNI.

MIT 14 TAFELN UND 9 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1905.

Digitized by Google

Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg.

Digitized by Google

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis“.)

Seite

Saugtherapie bei Lupus, von Sondermann ... 1
Über die Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva, von Josef Guszman und Carl Hudovernig ... 4
*Bemerkungen über Thigenol, von Iwan Bloch ... 21
Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen) Labien Etat ponctué), von Ernst Delbanco ... 81
Die subcutanen Chaulmoograöl-Einspritzungen gegen die Lepra, von Tourtoulin Bey ... 88
Über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum und Anthrasol, von A. Mibelli ... 119
Beitrag zur Kenntnis der frischen Narbe nach einem papulo-tuberösen Syphilid, von Johannes Fick ... 175
Die Ventilspritze. Entgegnung an Herrn Doz. Vajda, von C. Engelbreth .. 180
Erwiderung auf die Entgegnung des Herrn Dr. Engelbreth in Sachen der Technik der Urethralinjektionen, von Vajda ... 184
Über einige Tropenkrankheiten der Haut, von Henggeler ... 235
Die kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids auf die epithelialen Gewebe, von A. Pasini ... 299
*Über die Behandlung der Krätze, von Menahem Hodara ... 310
Therapeutische Erfahrungen über Enésol (salicylarsensaures Quecksilber) bei Syphilis, von Oskar Goldstein ... 367
Beiträge zur Klinik und Anatomie des sog. Adenoma sebaceum, von Franz Poór 379
Über einen äufserst charakteristischen Fall von Erythema scarlatiniforme recidivans bei Alibert, von E. Hoffmann ... 390
Nachtrag zu meiner Arbeit: Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien (État ponctué), von Ernst Delbanco ... 392
Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut, von Franz von Veress 429
Über einen Fall von Angiokeratom (Mibelli), von Richard Rau ... 439
*Die Glasfeder, ein praktisches Instrument zur Applikation flüssiger Ätzmittel, von Hammer ... 444
Beitrag zur Gewinnung der Variolavaccine, von L. Voigt ... 485
Über eine neue und einfache Methode zur Demonstration der Epithelfasern in der Haut, von A. Pasini ... 492
*Jodipin in der Behandlung der Prostatitis, von Wilhelm Richter ... 496
Über einen histologischen Fund in der Haut (anscheinend ein neuer epidermoidaler Nerv?), von I. F. Selenew ... 537
1. Zur Pathologie des Lichen ruber planus diffusus. 2. Ein eigenartig gruppiertes Ekzem, von Spiethoff ... 544
*Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie, von Dreuw ... 544
Über Lupus vulgaris postexanthematicus, von Franz von Veress ... 585

a*

143016

Digitized by Google

Seite
Kotanalysen bei Dermatosen, von Oefele 595
Nachtrag zu dem Aufsatze: Zur Pathologie des Lichen ruber planus, von Spiethoff 598
*Über die Wirkung des Finsenlichtes auf Tätowierungen, von Meirowsky 599
Ein Fall von Acanthosis nigricans im Gefolge des Brustkrebses, von Menahem Hodara 629
Das Erythema syphiloides posteriosvum beim Erwachsenen, von E. Dalous 633
Einige Bemerkungen über das farblose Teerpräparat „Anthrasol", von E. Toff. 638

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Felix Pinkus 24
— — — 123. 393. 600
— — — Originalbericht von Rudolf Isaak 277
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arth. Jordan 125. 455 602
Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Originalbericht von J. Pollitzer 395. 397. 461
Kritische Betrachtungen über Wandlungen und Fortschritte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, angestellt beim zweiten Kongreſs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in München, März 1905, von Hopf 446. 545
Dermatologische Gesellschaft in Stockholm. Originalbericht von Ludwig Moberg 457
Dermatologische Sektion der Warschauer Gesellschaft der Ärzte. Nach dem Originalberichte von Malinowski 603

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift 27. 92. 311. 404. 469. 568
Archiv für Dermatologie und Syphilis 28. 192. 399. 463. 643
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 32. 279. 466. 566
Monatsberichte für Urologie 32. 200. 281. 315. 466. 567
Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene 34. 202. 317. 467. 606
The British Journal of Dermatology 38. 94. 128. 287. 472. 607
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 39. 128. 288. 320. 500. 570
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 40. 206. 290. 322. 405. 501. 608
Clinica dermosifilopathica della r. Università di Roma 42. 609
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 95
Annales des maladies des organes génito-urinaires .. 97. 129. 289. 320. 469. 473. 572
Dermatologisches Centralblatt 127. 199. 466. 650
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes .. 132. 292. 471. 573
La Syphilis 133. 206. 406. 476. 654
Lepra 203. 498. 605
Mitteilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 280
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 282
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 290. 406. 502
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 293. 609
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary diseases 323
Annales des Laboratories Clin. 652

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Seite
Die Behandlung des Lupus vulgaris mittels statischer Elektrizität, von Suckler 44
Dermato-histologische Technik, von M. Joseph 45
Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? von M. Marcuse. 46
Lehrbuch der Intoxikationen, von R. Kobert 46
Die Entwicklung der Dermatologie in Berlin, von P. Richter 47
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte, von E. Lesser 99
Studies of the Pathology and on the Etiology of Variola and of Vaccinia, von W. T. Councilman, G. B. Magrath, W. R. Brinckerhoff, E. E. Tyzzer, E. E. Southard, R. L. Thompson, J. R. Bancroft und G. N. Calkins 99
Einführung in die Dermatologie, von Norman Walker 100
Studien über die hereditäre Syphilis, von Carl Hochsinger................ 136
Beiträge zur Klinik und Pathogenese des Pemphigus, von St. Weidenfeld ... 136
Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen, von v. Notthafft.. 295
Georgius Bartisch, Kunstbuch des Blasenn-Steines, von Mankiewicz 296
Syphilis de l'oeil et de ses annexes, von F. Terrien 296
Berlins drittes Geschlecht, von Magnus Hirschfeld........................ 296
Die Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen, von H. Spude . 297
Spezialbuchhaltung für Ärzte, von J. F. Baumann.......................... 408
Über Gummiknoten im Herzfleisch bei Erwachsenen, von Wilhelm Stockmann 408
Die gesundheitlichen Schäden der Prostitution und deren Bekämpfung, von A. Blaschko 478
Die Ehrlichsche Seitenkettentheorie und ihre Bedeutung für die medizinischen Wissenschaften, von Paul Römer 503
Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, von M. Hirschfeld.................. 505
Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mraček 506
Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut, von S. Ehrmann.. 574
Die Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Hautaffektionen einschliefslich der Tropenkrankheiten, von George Pernet.... 576
Praxis der Harnanalyse, von Lassar-Cohn 611
De l'Artérite syphilitique, von J. Darier 662

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Haut, eine Studie über deren Elastizität, von Edward Lodholz.......... 48
Der Charakter der Chromatophoren, von Leo Loeb 49
Die sogenannten Tastballen an den Händen und Füfsen des Menschen, von Retzius.. 328
Über das gehäufte Auftreten von freien Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputiums, von Delbanco.. 328
Über Widerstands- und Lebensfähigkeit epithelialer Zellen, von S. Prochownik 328

Mikroskopie.

Über Kerndegenerationen bei cutanen Entzündungsprozessen, von Richard Volk 30
Über die Zellen des menschlichen Eiters und einiger seröser Exsudate. Studien über Färbungen mit dem May-Grünwaldschen Farbstoff, von Julius Leuchs 49
Demonstration sog. Psorospermien, von E. Hoffmann 50
Plasmazellen und lymph- und blutbildender Apparat, von Bosellini 293
Beitrag zum Studium der Intercellularbrücken im Rete Malpighii der menschlichen Haut, von Polverini.. 329

Digitized by Google

Seite

Über das Verhalten der neutrophilen Granula in den farblosen Blutkörperchen des Eiters, von D. Kirschenblat ... 329
Beitrag zur Histologie der Röntgenwirkung auf die normale menschliche Haut, von P. Linser ... 329

Bakteriologie.

Über die Bacilli acidi und ihr Vorkommen auf der Haut, von Campana ... 329
Deckglaskulturen und ihre Leistungsfähigkeit beim Studium von Epidermiszellen, von J. Frank Wallis ... 330
Über einen einfachen Gonokokkennährboden, von B. Lipschütz ... 330

Hygiene.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Vertun ... 34
Der Kampf gegen die Prostitution in New York, von Anna Pappritz ... 34
Die Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, von L. Eisenstadt ... 36
Die Prostitution und die Armenärzte, von L. Butte ... 40
Die Ammen sind der Reglementierung unterworfen, warum sollten die Prostituierten nicht unter Kontrolle gestellt sein? von L. Butte ... 40
Widerlegung des von Herrn Professor Augagneur, Bürgermeister von Lyon, der Spezialkommission in Sachen der Sittlichkeit vorgelegten Berichtes: „Über den Einfluſs der Reglementierung der Prostitution mit Bezug auf die venerische Morbidität", von L. Butte ... 42
Allgemeines und Spezielles zur Lehre von der Prophylaxe, unter besonderer Berücksichtigung einiger Haut-, akzidenteller Wundkrankheiten und der Syphilis insontium. Über die Arsenikwirkung bei den verschiedenen Dermatosen, von Behrmann ... 50
Die medizinischen Gesichtspunkte bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten, von O. Berneker ... 51
Die Entwicklung der persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Blokusewski ... 201
Prostitution und Enthaltsamkeit, von Dr. phil. Helene Stöcker ... 280
Abolitionismus und Hygiene, von P. Meissner ... 319
Unterrichtsstunden über Geschlechtskrankheiten für Hebammen, von Carl Stern 330
Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis und venerischen Krankheiten, von A. Ravogli ... 331
Die venerischen Krankheiten und ihre Prophylaxe in den französischen Kolonien, von Jullien ... 331
Über die von den Bürgermeistern der gröſsten Städte Frankreichs der Bordellfrage gegenüber eingenommene Stellung, von L. Butte ... 501
Bordelle und Bordellstraſsen, von Wolff ... 545
Die Bordellfrage vom Standpunkte des Juristen, von Hippe ... 551
Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von O. Neustätter und Georg Bernhard ... 563

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über die Resorption von Jod aus Jodkaliumsalben, von Hirschfeld ... 28
Über die Resorption von Jod und Jodkaliumsalben. Bemerkungen zur Abhandlung der Herren Dr. Hirschfeld und Dr. Pollio, von A. Heffter ... 28
Über die nichtparasitären Hautreaktionen, von Leslie Roberts ... 38
Über Hautreflexe, von Karl Kreibich ... 51
Über eine bisher nicht genügend gewürdigte Ursache für das Zustandekommen entzündlicher Vorgänge, insbesondere der Haut, von Meyer ... 52
Die Entwicklungsstörungen der Haut und deren maligne Neubildungen, von Henry G. Anthony ... 52
Betrachtungen über einige Hauterscheinungen bei chronischer Blinddarmentzündung, von Henri Fournier ... 54
Über infektiöse und toxische hämatogene Dermatosen, von J. Jadassohn ... 54
Über die lokale Beeinflussung der abnormen Hauternährung durch gesteigerte Muskeltätigkeit, von Jakob Halpern ... 55

Seite
Ein Beitrag zur Lehre von den strichförmigen Dermatosen, von Fritz Reichel 55
Beiträge zur Pathologie der Hautpigmentierungen, von P. Sotier 56
Der Harnstoff des Blutes unter pathologischen Verhältnissen und namentlich bei Hautkrankheiten, von L. Butte 206
Hautsymptome im Verlauf der chronischen Appendicitis, von H. Fournier 292
Das Asthma nervosum und die Hautkrankheiten, von Bayet 292
Die Störungen der Sensibilität der Haut, von Trémolières 331
Bericht über Transplantation von Haut, welche von amputierten Extremitäten stammte, von G. Hartmann und C. Weirick 332
Die Parasitentheorie der Geschwulstentstehung im Vergleiche zu den tatsächlichen Erfahrungen über multiple Primärtumoren, von Paul Keding 332
Sind die Naevi bei Tumoren — besonders bei malignen tiefen, abdominellen Tumoren — als ein Symptom der Malignität zu betrachten (Trélatsches Symptom)? von Boucaud 333
Das Schicksal von Haaren bei der Bildung von Hautnarben, von Fritz Lebram 333
Über die Haftung von Salzen an der Haut, von Franz Kirchgraber 333
Vergiftung durch Nitrobenzol mit tödlichem Ausgang, verursacht durch Absorption flüssiger Schuhwichse von der Haut aus, von Willard J. Stone 333
Kombination von Psychose und Hautkrankheit, von Raschkow 404
Krankheiten der Schleimhäute in ihren Beziehungen zu den Hautkrankheiten, von John A. Fordyce 471
Krankheiten der Schleimhäute in ihren Beziehungen zu den Hautkrankheiten, von M. F. Engman 472
Über die Hautveränderungen nach einem Priessnitzschen Umschlag, von Ch. Audry 571
Refraktometrische Untersuchungen exsudativer Dermatosen, von K. Kreibich und R. Polland 648

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Finsenbehandlung, von O. Lassar 27
Über Jodtherapie, von M. Höfler 34
Allgemeinbehandlung bei Hautkrankheiten, von Pisko 56
Kosmetische Massage, von J. Zabludowski 56
Zur Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von Jul. Müller .. 56
Über die lokale und allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen, von Gustav Baermann und Paul Linser 57
Erfolge der Röntgentherapie, von Eduard Schiff 57
Über einige Ergebnisse der Behandlung mit X-Strahlen, hochfrequentierten Strömen und ultravioletten Strahlen, von Alfred Codd 58
Einige typische Beispiele der Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochgespannten Strömen, von A. W. Wigmore 58
Versuch einer Bestimmung der Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen mit Rücksicht auf die Bedeutung der Durchlässigkeit der Gewebe für die Radiotherapie, von G. Perthes 58
Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere, von M. Seldin 58
Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen, von W. Scholtz 59
Die Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen, von R. Morton 59
Weitere Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Radiums und Thoriums, von J. M. H. Mac Leod 60
Der gegenwärtige Stand der Radiumtherapie, von O'Brien 60
Ein neues radiometrisches Verfahren, von Leopold Freund 60
Radium und seine therapeutischen Möglichkeiten, von Wm. Allen Pusey 61
Ein Vergleich der Phototherapie, Radiotherapie und der Anwendung der Hochfrequenzströme bei Hautkrankheiten, von C. W. Allen 62
Beiträge zur Behandlung der Hautkrankheiten mit konzentriertem Licht, von Gerhard Joachim 63
Zur Eosin-Lichtbehandlung, von F. J. Pick und K. Asahi 63
Über elektro-therapeutisches Arbeiten, von J. Macinthyre 64
Über Hefeseifen, von Dreuw 64
Über die Verwendung des farblosen Teers „Anthrasol“, von James Silberstein 64
Schwere Nephritis nach Einreibung eines Skabiösen mit Perubalsam, von A. Gassmann 64

Digitized by Google

Seite

Über die Verwendung der Protargolsalbe in der Behandlung der Wunden und Hautkrankheiten, von Arthur Hopmann 65
Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche" in der Dermatotherapie, von J. Pacyner 65
Die Quecksilberabgabe der Mercolintschürzen, von Heinrich Loeb 200
Die Röntgentherapie im Phototherapeutischen Institut der Lesserschen Klinik für Hautkrankheiten, von Terzaghi 295
Oleum cinereum Vasenoli, von P. Thimm 315
Finsenlicht, Röntgenstrahlen und frequente elektrische Ströme als Behandlungsmittel von Hautkrankheiten, von Duncan Bulkley 327
Neutrale Seifen, von Rasmussen 334
Neue Brandmethoden, von Strebel 334
Zur X-Strahlenbehandlung, von R. J. Ewart 335
Die Gleichmäfsigkeit der Röntgenreaktion, von G. Holzknecht 335
Ein Beitrag zur Röntgentherapie, von R. Hahn 336
Über die Indikationen der Behandlung mit Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von W. Scholtz 336
X-Strahlentherapie bei Hautkrankheiten, von G. E. Pfahler 337
Finsenlicht und Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von Jay F. Schamberg 337
Über den Einflufs photodynamischer Substanzen auf die Wirkung der Röntgenstrahlen, von R. Kothe 337
Therapeutische Verwendung der Kathodenstrahlen, von Strebel 338
Therapeutische Versuche mit Radium und sensibilisierenden Substanzen, von Rudolf Polland 338
Zur Kenntnis der Wirkung der Radiumstrahlen auf tierische Gewebe, von H. Heineke 339
Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Radiumstrahlen, von Richard Werner und Georg Hirschel 339
Eine klinische Mitteilung über Lichtbehandlung nach Sensibilisation, von Forchhammer 340
Mitteilungen aus der Abteilung für Lichtbehandlung im Krankenhause St. Göran (Stockholm), von Magnus Möller 340
Eine Übersicht über die Behandlung einiger Hautaffektionen mittels des Finsenschen Lichtapparates, von M. Morris und S. E. Dore 341
Praktische Notizen über Salben, ihre Anwendung und ihren Mifsbrauch, von L. Duncan Bulkley 341
Über offene Wundbehandlung nach Transplantationen, von Brüning 341
Über plastische Deckung von Hautdefekten an den Gelenken, von Arthur Beer 341
Ein Fall von Vergiftung mit Belladonnapflaster, von William E. Sanders ... 341
Mitin, eine neue Salbengrundlage, von Jessner 341
Die Verwendung von Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung, von Fritz Burger 342
Die akute Sublimatvergiftung, Beitrag zum Studium der Nierenveränderungen im Verlaufe derselben, von Rossi 342
Thigenol „Roche" in der Praxis, von J. Brings 342
Einige Bemerkungen über die Anwendung des Yohimbin Spiegel, von E. Toff. 342
Resultat einer sechsstündigen Applikation einer Radiumkapsel von 55 mg, von Schiff 398
Zur Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie, von Julius Baum 465
Über den Salbenverband in der Dermatologie, von Leredde 472
Über die Gefährlichkeit der Salben bei den Hautkrankheiten, von Leredde.... 472
Die kochsalzarme Diät, von Achard und Paisseau 475
Jothion, von Wyschinskaja 602
Zur Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie, von Julius Baum 646
Über cutane Darreichung von Jodpräparaten, von B. Lipschütz 647
Das Jothion, ein neues Jodpräparat zur percutanen Applikation, von Carlo Ravasini und Ugo Hirsch 647
Jothion, ein percutan anzuwendendes Jodpräparat, von G. Wesenberg 648
Über Vasenol, von Lengefeld 651
Über Sapolan, von Zakrzewski 652

Digitized by Google

Seite
Über Hydrargyrum sacylarsenicosum (Enésol), von Coignet 652
Bemerkungen über das Enésol, von A. Breton 653
Über Kampfermonobromalium, von Clin 653

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Tuberöse Joderuption, von Hoffmann 25
Zwei Fälle von Pellagra, in bezug auf einige Besonderheiten der Haut und des Harns untersucht, von E. Calvi 43
Die Endoarteritis als Ursache der Purpura und der Hämorrhagien bei den Syphilitikern, von Saraceni 43
Ein Fall von chronischer Cyanose mit Polycythämie und vergröfserter Milz, von R. M. Ronaldson 66
Hereditäres Ödem, von A. W. Fairbanks 66
Universelles Exanthem nach Scheidenspülung mit Lysollösung, von Erwin Thomsen 66
Die chirurgische Seite der visceralen Krisen bei der Erythemgruppe der Hautkrankheiten, von W. Osler 66
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit mit tödlichem Ausgang, von E. Cureton 66
Über angiospastische Gangrän (Raynaudsche Krankheit), von Hugo Strauss ... 67
Die Ätiologie des Skorbuts, von M. Coplans 67
Ein Fall von Purpura, von H. E. Barnes 67
Ein Beitrag zur Kasuistik der Purpura cachectica, von Th. Voeckler 67
Über Acne urticata, von Ludwig Waelsch 193
Beitrag zur Lehre von der Urticaria, von Julius Banner 342
Angioneurotisches Ödem, von R. S. Morris 343
Neurotrophisches und vasometrisches Ödem der rechten oberen Extremität, von Testi 343
Die Chlorverbindungen und die Odeme, von Rénon 343
Über das harte traumatische Ödem des Handrückens, von Reiske 343
Zur mechanischen Behandlung der Ödeme, von Carl Colombo 344
Ein Fall von Erythema annulare perstans, von Arno Bellmann 345
Differentialdiagnose zwischen den Erythemen infolge von Seruminjektionen und den infektiösen Exanthemen, von Mya 345
Exanthem infolge von Cerebringebrauch, von Gaucher und Druelle 346
Ein Arzneiexanthem nach Aspiringenufs, von J. B. Heinrich 346
Abschuppen im Gefolge von Ptomainvergiftung, von P. T. Goodman 346
Zur frühzeitigen Diagnose der Pellagra, von Lucatello 346
Zur Serotherapie der Pellagra, von Antonini und Mariani 346
Bromoderma pustulosum fungoides, von Chirivino 347
Zur Kasuistik der spontanen und artefiziellen Hautgangrän auf nervöser Grundlage, von Carl Hollstein 347
Ein Fall von akuter diffuser Gangrän, von J. Watson 347
Die primäre Purpura der kleinen Kinder, von Simon 347
Purpura annularis teleangiektodes, von Majocchi 347
Ein Fall von Ikterus neonatorum mit Purpura und langer Hämorrhagie infolge einer Wunde durch Lanzettstich, von Talley 348
Nephritis als Komplikation von Skorbut bei Säuglingen, von G. F. Still 348
Über einen Fall von Peliosis rheumatica, von Julius Müller 348
Ein Fall von tödlich verlaufendem Morbus maculosus Werlhofii, von Grünberger 348
Zur Kasuistik des Morbus maculosus Werlhofii, von Oswald Moritz 348
Urticaria perstans, von Weidenfeld 395
Erythema annulare, von Finger 397
Toxisches Erythem mit Blasenbildung, von Gellis 398
Beitrag zur Kenntnis septischer Exantheme, von Josef Novak 403
Chronisches Ödem im Gesicht, von Afzelius 458
Diffuse Anschwellung der rechten Hälfte der Unterlippe, von Almkvist 458
Erythema papulo-vesiculosum, von F. Malinowski 603
Zur Kenntnis der Urticaria xanthelasmoidea, von G. Nobl 650

Digitized by Google

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Seite

Über bleibende Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung, von L. Freund und M. Oppenheim 68
Zwei Fälle von Röntgendermatitis, von Bruno Hubmann 69
Beiträge zur chirurgischen Behandlung und Histologie der Röntgenulcera, von Gustav Baermann und Paul Linser 69
Zur Therapie und forensischen Begutachtung der Röntgenstrahlendermatitiden, von Leopold Freund 69
Über Dermatitis venenata, von O. Grimm 69
Ein Fall von Karbolvergiftung bei einem Säugling, von L. E. Stevenson 69
Über multiple neurotische Hautgangrän, von D. Latte 70
Über durch Pflanzen bedingte artifizielle Dermatitiden, von E. Hoffmann 70
Akute Dermatitis, verursacht durch Reizung mit Atlasholz, von H. E. Jones 70
Über Eukalyptusdermatitiden, von Galewsky 314
Über die Primelkrankheit und andere durch Pflanzen verursachte Hautentzündungen, von E. Hoffmann 349
Die Behandlung der Brandwunden, von A. v. Bardeleben 349
Über die Behandlung der Brandwunden mit Serumverbänden, von Fleury 350
Röntgendermatitis, von Mühsam 350
Die chronische Röntgendermatitis der Radiologen, von P. G. Unna 350
Sandelholzarten und Dermatitis, von G. Bidie 352
Metol als eine Ursache von akuter Dermatitis, von A. Storrs 352
Zur Kasuistik der Mesotanexantheme, von Korach 352
Über Cardoldermatitis, von W. Fornet 352
Ein Fall von Karbolgangrän, von E. Dunster Kremers 352
Über artifizielle Hautgangrän bei Hysterischen, von M. Lewontin 353
Ein Fall von spontaner Hautgangrän bei einer hysterischen Patientin, von W. A. Mearns 353
Circumskripte Erfrierung, von Deutsch 397
Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa, von Andreas Burián 403
Röntgendermatitis, von Stenbeck 459
Weitausgebreitete Dermatitis, von Hoffmann 601
Über Behandlung der Frostbeulen, von Max Joseph 650

II. Neurotische.

Ein Fall von Zoster des zweiten Astes des Trigeminus, von Arthur Hall 39
Zur Kenntnis des Herpes zoster bei krupöser Pneumonie, von Riehl 70
Über Spinalganglienerkrankung bei Herpes zoster, von M. Seubert 71
Über Herpes zoster recidivus s. intermittens s. periodicus, von A. Einis 71
Über Herpes zoster recidivus, von Maximilian Peisert 71
Rezidivierender Zoster, von H. Waldo 72
Über Epidermolysis bullosa hereditaria (im Anschluſs an zwei Fälle), von Oskar Hermann 72
Die gastro-intestinalen Anfälle bei Erythema exsudativum, Appendicitis vortäuschend, von A. M. Pond 72
Bericht über einen Fall von Hydroa in der Schwangerschaft nebst Rezidiven zur Zeit der Menstruation, von C. A. D. Bryan 72
Prurigo Hebra in den Vereinigten Staaten, von William Thomas Corlett 73
Bemerkungen über einen Fall von Erythromelalgie und deren Behandlung, von J. W. Voorhees 73
Leichte Reaktionsfähigkeit auf geringe Reize, von Baum 124
Ein Fall von rezidivierendem Herpes zoster am Zeigefinger der linken Hand, von Ludwig Spitzer 200
Ein Beitrag zur Frage der Epidermolysis bullosa traumatica (hereditaria et acquisita), von Richard Kablitz 353
Die Dermatitis herpetiformis beim Kinde, Verfasser ungenannt 354
Über die Semiotik und Diagnose des Herpes zoster, von Paul Fabre 354
Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Herpes zoster ophthalmicus, von Gustav Leopold 354

Digitized by Google

Seite
Herpes zoster, wahrscheinlich verursacht durch eine Bleivergiftung, von H. Koettlitz 354
Über wiederauftretenden Herpes zoster, im besonderen über Zoster erythematosus und Zoster vegetans, von Hans Vörner 354
Herpes zoster mit eigenartiger Knotenbildung, von Spiegler 396
Herpes zoster frontalis. von Neumann 396
Erythromelalgie, von Möller 457
Erythema multiforme, von Afzelius 459
Erythromelalgie, von Möller 459
Syringomyelie mit Mal perforant an der Beugeseite beider grofsen Zehen, von Ehrmann 462
Prurigo gravis, von Ullmann 462
Hydroa vacciniformis, von F. Malinowski 603
Pemphigus pruriginosus, von Elsenberg 604
Trophoneurosis cutis, von F. Malinowski 604
Ein Fall von Herpes zoster facialis bilateralis, von Jos. Kraus 651

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

Lokalbehandlung der Variola mittels Auftragens von β-Naphtol-Kampher, von E. Desesquelle 42
Ein neues, als selbständig erkanntes, akutes Exanthem, von D. Pospischill 73
Beobachtungen über eine Scharlachepidemie, von B. Thornton 74
Scharlach und Masern bei derselben Person, von Caddick 74
Ist die Scarlatina möglicherweise als eine Lokalaffektion aufzufassen? von A. H. Gerrard 74
Chirurgische Scarlatina, von Alice Hamilton 75
Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum, von H. N. Chopman. 75
Die Nichtempfänglichkeit der Neugeborenen für Masern, von Edwin E. Graham 75
Polymyositis und Polyneuritis bei Morbillen, von W. Jessen und E. Edens .. 76
Amaas oder Milchpocken der Kaffern, von W. E. de Korté 76
Variola in Belfast 76
Über einen neuen Pockenfall, von A. Baginski 77
Intrauterine Infektion des Fötus mit Variola, von J. M. Cowie und D. Forbes 77
Die Pocken und die Landstreicherei, von H. E. Armstrong 77
Die Rotlichtbehandlung bei Pocken, von S. F. Ricketts und T. B. Byles 77
Impfung und Gesetz, von Nelson G. Richmond 77
Projekt eines Impfreglements für Jerwen, von v. Nottbeck 78
Bemerkungen über Vaccine, von Charles T. McClintock 78
Die Wirksamkeit der Vaccination nachgewiesen durch Inokulation mit Pockengift, von L. G. Fink 79
Über einen Fall von generalisierter Vaccine, von M. Stengel 79
Über Kombination von Blatternschutzimpfung, Masern und multipler embolischer Gangrän der Haut und Schleimhäute, zugleich ein Beitrag zur Frage der generalisierten Vaccine, von Ottmar Bergmann 79
Versehentliche Impfung der Nasenhöhle, von W. H. Bowen 79
Zufällige Wiederimpfung, von A. W. Hayles 79
Vorläufige Mitteilung über die Impfung unter rotem Lichte, von Hugo Goldmann 79
Zur Impfung mit rotem Licht, von Gustav Hay 80
Über gewisse postvaccinale Ausschläge, von W. Th. Corlett 95
Ein Fall von Scharlachrezidiv, von J. Richmond 355
Ein Fall von Scarlatinarezidiv, von van Gelderen 355
Untersuchungen über Agglutination mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokkenagglutination bei Scharlach, von G. Bourcart 355
Über Scharlachabscesse, an der Hand eines Falles von Aneurysma arterio-venosum spurium carotidis et jugularis internae infolge eines solchen, von Johannes Ritscher 356
Gelenkerkrankungen bei Scarlatina, von Richard Brade 356

Digitized by Google

Seite

Ein Fall von kortikalen Haemorrhagien nach Scharlachfieber, von E. E. Sonthard und F. R. Sims 356
Urotropin und Scharlach-Nephritis, von Béla Schick 356
Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis, von Buttersack 357
Zur Kenntnis der Herzstörungen beim Scharlach und ihrer Folgen, von Schmalz 357
Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern, von E. Feer 357
Zur Behandlung des Scharlachs, von M. S. Nasarow 358
Die Diagnose des Scharlachfiebers und scharlachartiger Affektionen, von Jay F. Schamberg 359
Die Serumbehandlung des Scharlachs, von W. Scholz 359
Die Behandlung des Scharlachs mit Mosers Antistreptokokkenserum, von Henry L. K. Shaw 359
Erfahrungen aus einer Masernepidemie, von J. Fels 360
Ein Fall von Coma bei Masern bei einem Erwachsenen, von G. Newton Pitt. 360
Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Übertragbarkeit der Masern auf kleinere Haustiere, von E. A. Geissler 360
Zur Mikrobiologie der Masern, von S. J. Zlatogoroff 360
Morbilli sine morbillis; ein Fall mit Randbemerkungen, von J. D. Rolleston .. 361
Die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Maserndiagnose, von J. C. Muir 361
Purpura convalescentium im Gefolge von einer milden Masernattacke, von J. Fortune 361
Die Behandlung der Masern und der Bronchopneumonie, von Méry 361
Über die Dukessche „Vierte Krankheit“ („Fourth disease“), von Johann v. Bókay 362
Die Windpocken bei Erwachsenen, von Mulert 362
Scarlatinoid, von Klein 362
Varicellen während einer Pockenepidemie, von P. D. Bourland 362
Varicella, von L. Galliard 363
Über das Vorkommen der Pocken im Kanton Zürich im 19. Jahrhundert, von S. Rabinowitsch 363
Das Leicester stampingout-System und der Bericht Killick Millards über die Pockenepidemie zu Leicester, von L. Voigt 363
Studien über Variola und Vaccine, von H. de Waele und E. Sugg 364
Das Leukocytenverhältnis bei Variola und Varicellen; die Bedeutung desselben für die frühzeitige Diagnose der Pocken, von Lagriffoul 364
Die ätiologische Begründung der Pockendiagnose, von Jürgens 364
Die Parasiten der Variola, Vaccine und Varicellen, von W. E. de Korté 364
Bericht über einen Fall von Pocken, von J. F. Hodgson 365
Ein Fall von Variola mit ungewöhnlichem Verlauf, von R. Rolfe 365
Variola haemorrhagica, von Deléarde und Taconnet 365
Variola haemorrhagica, von C. Fraser 366
John of Gaddesden, Blattern und Finsenlichtbehandlung, von H. E. Handerson 366
Rotlichtbehandlung bei Pocken, von T. F. Ricketts 366
Die Rotlichtbehandlung bei Variola, eine Entgegnung, von † N. R. Finsen ... 409
Weitere Bemerkung über die Rotlichtbehandlung bei Pocken, von T. F. Ricketts und J. B. Byles 409
Notizen über die Rotlichtbehandlung bei Pocken, von J. T. C. Nash 410
Bericht an den Minister des Innern über die im Jahre 1903 von Lehrern und Lehrerinnen durchgeführten Impfungen, von Hervieux 410
Die Bekämpfung der Impfgegnerschaft, von Berger 410
Vaccine und Impfung, von G. Dock 410
Gibt es ein Delirium vaccinale? von H. P. E. Hebras 410
Ein Fall von accidenteller Vaccination mit Vortäuschung von Anthrax, von Sheen 411
Der Einfluß der Schutzpockenimpfung auf Schwangere, Wöchnerinnen, Neugeborene und Kranke, von A. von Randow 411
Impfung unter rotem Licht, von Wilhelm Knöpfelmacher und Moritz Schein 411
Die Ausführung des Impfens, von Kelsch 411
Vaccine und Vaccinebereitung, von G. Dornseiffen 412
Kuhpockenlymphe und Tetanus, von A. Carini 412
Kuhpockenlymphe und Tuberkulose, von A. Carini 413
Weitere Mitteilung über einige ergänzende Momente betreffs der mit Chloroform behandelten Kälberlymphe, von A. B. Green 413

Digitized by Google

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Seite

Lepra in Jamaika, von E. G. Little 94
Lepra, eine heilbare Krankheit, von J. J. Tonkin 101
Lepra oder Syringomyelie? von Dojmi di Delupis 101
Bericht über Lepra in Neu-Süd-Wales im Jahre 1902, von A. Thompson 102
Ein Fall von Lepra scarlatiniforme persistans mit gleichzeitigen Atrophien in miliaren Herden, von H. Hallopeau 102
Lepra im Rückenmark und den peripheren Nerven, von H. P. Lie 195. 399
Die Lepra in Island 1904, von Ehlers 203
Über die Heilbarkeit der Lepra, von W. Dubreuilh 203
Über die dermalige Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Bosnien und der Herzegowina, von Leopold Glück 203
Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica, mit besonderer Berücksichtigung der nervösen Erscheinungen derselben und ihre Stellung zur Syringomyelie, von M. Nonne 204
Ursache und Behandlung der Lepra, von Milton Rice 326
Bericht über Lepra in Neu-Süd-Wales im Jahre 1901, von A. Thompson 413
Abnahme der Lepra in Norwegen, von G. Armauer Hansen 414
Der Ursprung der Lepra im Staate St. Louis, von Isadore Dyen 414
Pater Damian, ein lepröser Heros, von Nicholas Senn 414
Zwei Fälle von Lepra nervosa, von Raymond 414
Die Therapie der Lepra, von H. P. Lie 415
Die Lepra auf den Hawaii-Inseln, von Nicholas Senn 415
Paraleprose, von G. Armauer Hansen 415
Geschichtlicher Überblick über die Lepra in den französischen Kolonien, von A. Kermorgant 498
Epidemiologie der Lepra; eine Bitte um Genauigkeit, von J. Ashburton Thompson 499
Zwei Fälle von abortiver Lepra, von J. D. Kayser und G. van Houtum 499
Experimentelle Erzeugung der Lepra beim Affen, von Ch. Nicolle 573. 605
Die Echinokokkencysten und die Leprösen auf Island, von S. Bjarnhjedinsson 605
Beitrag zur Frage der sogenannten seltenen Lokalisationen der Lepra tuberosa, von S. Bjarnhjedinsson 605

β. *Tuberkulose.*

Gesichtslupus, von Schmidt 25
Lupus disseminatus, von Brüning 26
Morphologie und Wirkung einiger lupöser Produkte, von Bini 42
Beiträge zur Pathologie der Tuberkulide im Kindesalter, von G. Nobl 92
Über multiple, in Knotenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut, von Alfred Kraus 102
Ein auf embolischem Wege entstandener Fall von Lupus vulgaris, von L. Török 103
Pathogenese und Therapie des Lupus mit Krankendemonstrationen, von S. Róna 103
Die „Heilstätte für Lupuskranke" in Wien, von E. Lang 104
Uranium bei der Lupusbehandlung, von Norman Walker 104
Die Menièreschen Symptome, von Roscher 123
Tuberculosis verrucosa des linken Handrückens, von Küsel 125
Zur klinischen, anatomischen und experimentellen Grenzbestimmung lupöser Hautläsionen, von G Nobl 198. 402
Über Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und Schleimhaut durch hochfrequente Funkenentladungen, von H. Strebel 315
Die Behandlung des Lupus tuberculosus mittels Kalium permanganicum, von L. Butte 322
Tuberculosis verrucosa cutis und Lichen scrophulosorum, von Sklarek 393
Lupus disseminatus und Tuberculosis verrucosa cutis, von Finger 395
Lupus disseminatus, von Nobl 395
Lichen scrophulosorum, von Ehrmann 397
Lupus, von Finger 397
Ulcera tuberculosa, von Sachs 397
Tuberkulöse Ulcerationen, von Nobl 397

Digitized by Google

Seite
Über atypischen Lichen scrophulosorum, von Friedrich Schürmann 403
Die Behandlung des Lupus mit Kalium permanganicum, von L. Butte 405
Beitrag zur Lehre von den Tuberkuliden, von Siegfried Gollis 416
Über Erythema induratum (Bazin), von S. Doutrelepont 416
Beitrag zum Studium des Lichen scrophulosorum, von Capobianco 416
Impftuberkulose bei Morphinismus, von Oskar Bruhns 417
Über einen Fall von papillomatöser Hauttuberkulose in der Analgegend, von Ramognini und Sacerdote 417
Über Tuberkulose der Tränendrüse, von W. Fahrenholtz 417
Der Lupus vulgaris in seinen Beziehungen zum Berufe des Patienten, von Sura 417
Kasuistische Beiträge zum Lupus vulgaris, von Felix Haase 417
Mutilierende Formen von Lupus, von A. Brassat 418
Über Lupuscarcinom, von B. Abraham 420
Lupus, Carcinom und X-Strahlen, von Norman Walker 420
Die Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt nebst histologischen Untersuchungen, von Dreuw 420
Zur Behandlung der Hauttuberkulose, von Campana 421
Über die Einwirkung von Tuberkulin R auf Lupus, von Paul Dressler 421
Behandelte Lupuspatienten aus Finsens medizinischem Lichtinstitut, von O. Forchhammer 421
Lupusbehandlung, von Quenstadt 421
Papula-nekrotische Tuberkulide, von Moberg 460
Lichen scrophulosorum, von Moberg 460
Tuberculid papulo-necrotique, von Spitzer 462
Tuberculosis verrucosa cutis, von Weidenfeld 462
Lupus miliaris im Gesichte eines 30jährigen Mannes, von Weidenfeld 462
Über eine eigenartige Hauttuberkulose, gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis der Verkalkung in der Haut, von Alfred Kraus 463
Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox), von H. J. Schlasberg 464
Die Behandlung des Lupus mittels Kalium permanganicum, von L. Butte 501
Zur Zungentuberkulose der Papageien, von Ernst Delbanco 569
Die Behandlung des Lupus mittels Kalium permanganicum, von L. Butte...... 608
Zungentuberkulose bei einem Tabetiker, von Caussade 660

γ. *Syphilis.*

Primäraffekt am Filtrum der Unterlippe, von Richter 24
Primäraffekt der Wangenhaut am linken Mundwinkel, von Richter 24
Lymphangitischer Strang am rechten Oberarm eines Syphilitischen, von Wechselmann 26
Die Frage der Wertung der Anamnese in der Syphilis-Diagnose, von Orlipski. 34
Circumcision und Syphilis-Prophylaxe, von H. Loeb 35
Beitrag zur Illustration der Gruppe der squamösen Syphiloide; nodulosquamöse Syphiloide, von Cormio 43
Über die krankhaften Veränderungen des Urins bei sekundärer Syphilis und Quecksilberkuren, von Ernst Adler 93
Über Syphilis im Altertum, speziell in China und Japan, von Tokujiro Suzuki 105
Fortschritte in der Syphilislehre in den letzten 25 Jahren, von E. Finger..... 105
Zur Frage des Syphilisbacillus von Lille und Jullien, von Z. Sowinski 106
Die Beziehungen zwischen Rhodanausscheidung im Speichel und der Syphilisinfektion, von Fritz Metzner 106
Über die therapeutische Bedeutung der Exzision des syphilitischen Primäraffektes, von Kazuma Kaku 106
Superinfektion und Primäraffekt, von L. Detre-Deutsch 106
Die Syphilis der Mütter und der Neugeborenen, von Fr. Mraček 107
Ein Fall von Syphilis bei einem sechsjährigen Knaben, durch Coitus entstanden, von G. Frank Lydston 107
Ein Fall von Primäraffekt auf dem Penis eines fünfjährigen Knaben, von Gg. Steiner 107
Über den Zusammenhang von Lues und Aortenerkrankung, von Dietrich Amende 107
Ikterus bei sekundärer Syphilis, von W. J. Calvert 108
Zur Diagnose und Therapie der Nasenlues, von P. Hellat 108
Syphilitische Nasentumoren, von M. Toeplitz 108
Syphilis des Magens, von Charles F. Hoover 109

Digitized by Google

Seite

Ein Fall von Lues ventriculi, von Franz Schmaler 109
Akute, intestinale Obstruktion, verursacht durch eine syphilitische Ulceration im Ileum, von J. M. Elder 109
Syphilis des Mediastinums, von A. G. Mammelis 109
Beitrag zur Lues des Nervensystems, von A. Buracynski 110
Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tumor cerebri, von Julian Domanski 110
Die Differentialdiagnose zwischen multiplen bezw. solitären Hirntumoren und diffuser intrakranieller Syphilis, von Charles K. Mills 110
Klinischer Beitrag zum Hydrocephalus syphilitischen Ursprunges, von D. Galatti 111
Ein Fall von Syphilis des Pons varoli, von B. Luczycki 111
Lues cerebrospinalis, von Henneberg 112
Über einen Fall von syphilitischer Meningomyelitis, von Alfred Mendler 112
Progressive Paralyse und Syphilis mit Berücksichtigung der in Bosnien und Herzegowina gesammelten Erfahrungen, von Koetschet 112
Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse, von J. A. Hirschl 113
Über die Bedeutung der Syphilis für die Ätiologie der Tabes. Ein Fall von Tabes im kindlichen Alter, von Preobrashenski 115
Über luetische Affektionen der Chorioidea, von K. Hofmann 115
Zur Kenntnis der anatomischen Veränderungen bei sekundärluetischer Opticuserkrankung, von Richard Wagner 115
Über Syphilis hereditaria, von J. Kühnlein 115
Über Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber, von Alfred Binder 115
Skizze der äußeren Erscheinungen bei kongenital-syphilitischer Uveitis, von C. A. Oliver 116
Die Frage der Syphilis hereditaria tarda, von R. R. Campbell 116
Die Organisation der Syphilisbehandlung in der Marine, von Clayton 116
Empfehlenswerte neuere Antisyphilitika, von Franz Weitlaner 116
Quecksilber als Heilmittel bei gewissen Formen der Lebererkrankung, nebst Bemerkungen über die Diagnose der Lues ex juvantibus, von O. Rosenbach 117
Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz, von G. Klemperer 117
Zur merkuriellen Behandlung der Lues, von Th. Rybka 117
Über das numerische Verhalten der weißen Blutkörperchen bei Syphilis während der Quecksilberperiode, von Josef Paulin 117
Die Behandlung der Syphilis durch Kalomelinjektionen, von Edmund Werner. 118
Über den Wert des Hermophenyls bei Syphilis, von S. Opatiezky 118
Über percutane Einverleibung von Jodpräparaten bei Syphilis, von Lipschütz. 118
Paraplegie der Beine vor dem Ausbruch der Syphilis, von Roscher 123
Solitäre, indurierte Papel, von Hoffmann 124
Indurative Plaque im Penis, von Heuck 125
Phalangitis gummosa, von Sokolow 127
Ein Wort zur Frage von der Heilbarkeit der Tabes, von Leredde 132
Vorlesung über Syphilographie, von Gaucher 133
Die syphilitische Familie und deren Nachkommenschaft, von Benjamin Tarnowsky 135
Meine Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen, von A. Neisser...... 138
Über die diagnostische Bedeutung der Cerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis und den parasyphilitischen Affektionen, von Nobl 138
Bietts Collarette und das Satellittensyphilid, von A. H. Ohmann-Dumesnil .. 139
Die latente Nervensyphilis und die nervösen Merkmale der Syphilis 140
Doppelseitige Facialislähmung, Syphilis und schwere Hysterie, von Raymond .. 140
Über die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse, von Stanziale .. 140
Zwei Fälle von syphilitischer Neuritis der unteren Extremität, von Verrotti... 140
Besteht ein anatomisches Unterscheidungsmerkmal zwischen Gehirnsyphilis und allgemeiner Paralyse? von E. de Pavlekovic 141
Die Psychosen bei Syphilitikern, von Angiolella und Galdi 141
Die Lungensyphilis 141
Arteriosklerose syphilitischen Ursprungs, von C. Travis Drennen 141
Über die luetischen Affektionen der Papille und der Netzhaut, von Friedrich Schröpfer 141
Beitrag zur Statistik der tertiären Syphilis, von Georg Lissauer 142
Syphilis haemorrhagica neonatorum, von Hess 142
Grundsätze der Syphilisbehandlung, von A. Hallopeau 142

Digitized by Google

Seite

Zur Behandlung der Syphilis, von O. Rosenthal ... 143
Die intensive, unmittelbare und abortive Behandlung der Syphilis, von Duhot .. 143
Zur Behandlung der kongenitalen Syphilis im Kindesalter, von A. Ravogli 143
Kontinuierliche Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg salicylicum, von D. A. Sinclair ... 144
Lösliche Quecksilberpräparate bei der Behandlung der Syphilis, von Geo W. Tobias 145
Über die Verwendung der Vibrationsmassage zur Ausführung vor Schmierkuren, von Reinhold Ledermann ... 145
Hämagglutinationsuntersuchungen bei syphilitischen und gesunden Individuen, von Ladislaus Detre und Josef Sellei ... 192
Venenerkrankungen im Verlauf der Sekundärperiode der Syphilis, von Erich Hoffmann ... 197
De rebus syphiliticis et quibusdam aliis, von Barthélemy ... 206
Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft, von Benjamin Tarnowsky ... 206
Die Beziehung des Schankers zu der Schwere der Syphilis, von Portucalis ... 207
Ein Fall von ulcero-kruströsem Syphilid im Gesicht, von Bernhard Marcuse. 277
Ein Fall von syphilitischer Phlebitis, von Bernhard Marcuse ... 278
Framboesiformes Syphilid an der Stirn, von Bernhard Marcuse ... 278
Ein Fall von sog. Chancre bipolaire ou successif, von Wechselmann ... 278
Syphilisbehandlung auf dem Kontinent, von C. E. Pollock ... 288
Das Verhalten des Liquor cerebrospinalis während der tertiären Syphilis, von Paul Ravaut ... 288
Über Spätsymptome bei konzeptioneller Syphilis, von Léon Perrin ... 289
Lymphangitis nodularis intralabialis im Verlauf eines harten Schankers der Unterlippe, von Paul Delaunay ... 289
Der Gesundheitszustand in bezug auf Syphilis bei den nichtinskribierten Prostituierten zu Paris seit 1872 bis inkl. 1904, von L. Butte ... 290
Aus der dermato-syphilitischen Poliklinik des Hôpital Saint Louis, von Druelle 291
Über Quecksilbereinspritzungen, von Louis Jullien ... 291
Ein Programm für Syphilisexperimente, von Hallopeau ... 292
Die disseminierte Hautgangrän syphilitischen Ursprungs, von Pasini ... 294
Über hereditär-syphilitische Herderkrankungen bei Kindern und die Verbreitung der protozoischen Parasiten in denselben, von Max Schüller ... 311
Ein Beitrag zur Syphilistherapie, von E. Orlipski ... 319
Die Behandlung der Syphiliskachexie und -Anämie, von Orril le Grand-Sugget 325
Was hat mit einem vermutlichen Primäraffekt zu geschehen? von Breakey ... 325
Die Behandlung von Schleimhautplaques bei sekundärer Syphilis, von Robert Holmes Greene ... 326
Schwere Gehirnsyphilis, von Dreyer ... 393
Syphilitische Papeln entlang den Linien einer alten Tätowierung, von Wechselmann ... 394
Tertiäre Geschwüre, von Ledermann ... 394
Maligne Syphilis, von Buschke ... 394
Gumma im Sulcus, von Nobl ... 396
Kleinpustulöses Syphilid, von Grünfeld ... 396
Mächtige Papillome circa anum, von Spitzer ... 396
Psoriasis und Lues papulosa, von Ehrmann ... 396
Kleinpapulöses Syphilid, von Ehrmann ... 397
Syphilisimpfungen an drei Affen, von Finger ... 397
Gummen an Ober- und Unterlippe, von Sachs ... 397
Ausgebreitetes Syphilid mit orbikulären seborrhoischen Papeln, von Finger ... 398
Venenerkrankungen im Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis, von Erich Hoffmann ... 399
Über Syphilis der Zirkulationsorgane, von Barthélemy ... 406
Über tertiär-syphilitisches Fieber, von Kayser ... 407
Beiträge zur Geschichte der Syphilis, von J. K. Proksch ... 421
Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte, von A. Blaschko ... 423
Der extragenitale syphilitische Primäraffekt und das venerische Geschwür in ihrer klinischen und volkshygienischen Bedeutung, von Neumann ... 423
Zur Kasuistik der extragenitalen Syphilisinfektion, von F. Moses ... 424
Über Initialsklerosen der Augenlider, von Otto Kornacker ... 424
Mehrere Fälle von chirurgischer Lues, von Wilh. Rosenberger ... 424

d by Google

Seite
Vorläufige Mitteilung von Syphilisimpfung am Pferde, von Piorkowski 424
Über einen Befund von protozoenartigen Gebilden in den Organen eines hereditärluetischen Fötus, von Jesionek und Kiolemenoglou 425
Syphilis d'emblée, von R. M. Cozanet 425
Über Syphilis maligna mit einem Beitrag zur Kasuistik derselben, von Weik .. 425
Differentielle Diagnose zwischen syphilitischer pseudomembranöser Angina und diphtheritischer Angina, von R. R. Campbell 426
Über Syphilis des Zirkulationsapparates, von R. Renvers 426
Vielfache Hautgeschwülste (Granulome) und Hutchinsonsche Zähne, von Sokolow 456
Sekundärluetische Nagelveränderungen, von Müllern-Aspegren 460
Lues hereditaria tarda, von Nobl 462
Eine Sklerose der Oberlippe mit Exanthem, von Scherber.. 463
Vier schwere grobpapulöse und pustulöse Syphilide, von Scherber 463
Über Phlebitiden der Sekundärperiode der Lues, von Jullien 476
Über intravenöse Injektionen von Quecksilbersalzen bei der Behandlung der Syphilis, von Barthélemy und Lévy-Bing 476
Ein Fall von symmetrischem Aneurysma der Arteriae cubitalis bei einem Luetiker. Heilung durch spezifische Behandlung, von Alfred Fournier............ 477
Schanker der unteren Nasenmuschel. Lymphangitis erysipelatodes der Wange, von M. Ch. David 477
Zwei Fälle, bei denen graues Öl in bedeutenden Mengen (zwei Kubikzentimeter gleichzeitig) eingeführt wurde, von Georges Lebret 478
Bemerkungen über einen Fall von Gummata des Herzens, von H. Handford .. 479
Über die Syphilis des Herzens, von Romanow 480
Über infektiöse Granulome des Herzens unter Zugrundelegung eines seltenen Falles von gummöser, grofsknotiger Herzsyphilis, von Fritz Würth 480
Ein Fall von Thrombose der Arteria fossae Sylvii im Frühstadium der Syphilis, von Joh. Martin Mayer 480
Lateropharyngeale Drüsenphlegmone bei einem syphilitischen Säugling, von A. Broca 480
Die hereditäre Knochensyphilis (Parrotsche Krankheit), von Kirmisson........ 481
Die Syphilis des Auges, von Galezowski 481
Die visceralen Erscheinungen der sekundären hereditären Lues in den Atmungsorganen und der Leber, von Gaucher 481
Ein Fall von syphilitischer Lebercirrhose mit Pachydermie des Beines, von Benenati 481
Die syphilitische Nebenhodenentzündung, von John Miller.................. 481
Über familiäre Tabes dorsalis und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Erkrankung, von Wilhelm Croner 481
Traumatische Psychose bei latenter Syphilis, von P. Stolper 482
Syphiloserien, von H. Gillet.. 482
Die Behandlung der Syphilis infantium, von W. S. Gottheil 482
Grundsätze der Syphilisbehandlung, von Karl Hoch 482
Syphilis infantium, von G. F. Still 483
Über die Verwendung der Kalomelölsalbe (Unguentum Heyden) zu antisyphilitischen Schmierkuren, von A. Neisser und C. Siebert.................. 483
Unsere Resultate mit der Serotherapie bei Syphilis, von Risso und Cipollina 483
Ein Beitrag zur Serumtherapie der Syphilis, von Justin de Lisle............ 483
Ein Fall von zweimaliger Infektion mit Syphilis, von H. Oltramare.......... 503
Die Quecksilberinjektionen 509
Bemerkungen über Quecksilberinjektionen bei Neurosen von syphilitischem Ursprung, von M. Faure 509
Über die an den altperuanischen keramischen Tonfiguren und anthropomorphen Gefäfsen dargestellten Hautveränderungen und Defekte mit besonderer Rücksicht auf das Alter der Syphilis und anderer Dermatosen in Amerika, von J. Neumann 509
Über präkolumbische Knochenfunde im Hinblick auf die Frage über die Provenienz und das Alter der Syphilis, von J. Neumann......................... 509
Die Morbidität der männlichen Bevölkerung Astrachans an Syphilis nach den Daten des städtischen Ambulatoriums für die Zeit von 1898—1902, von Sawin 510
Fortschritte der Lehre von der Syphilis und die Bedeutung der zahnärztlichen Tätigkeit für ihre Bekämpfung und Verhütung, von Erich Hoffmann.... 510
Über die Bedeutung von Narben in der Genitalgegend beim Rückschlufs auf Syphilis, von A. Cooper 511

Digitized by Google

Seite

Über die Dauer der Kontagiosität der Syphilis, von A. L. Fourcade 511
Wie man etwa erforderliche Syphilis konstruiert, von J. A. Gläser 511
Gregarinen oder Plasmazellen? von Rudolf Hoffmann 512
Ein Beitrag zur Lehre von der Vererbung der Syphilis, von Jesionek 512
Zur Ätiologie der Syphilis, von John Siegel 513
Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis beim Kinde, von E. Jaubert ... 513
Fälle von kongenitaler Syphilis, von H. A. Cottell 513
Die Umschneidung des harten Schankers, von R. Schinkel 514
Behandlung der hereditären Syphilis der Säuglinge mit Oleum cinereum, von Duhot 514
Lues hereditaria recens, von Felix Malinowski 514
Tödliche Blutung aus der Leber infolge hereditärer Lues bei einem Neugeborenen, von Shukowski 514
Über extragenitale Primäraffekte, von Otto Witte 515
Über extragenitale und perigenitale Primäraffekte, ihre Häufigkeit, Lokalisation, Ätiologie und Prognose, von M. Büttgen 515
Über die Lokalisation des Primäraffektes auf der Cunjunctiva bulbi, von R. Pelissier 515
Der syphilitische Augenschanker, von F. Terrien 515
Über Carcinom auf luetischem Boden, von Arthur Römer 516
Die tertiär-syphilitische Mittelohreiterung, von Emil Baumann 516
Untersuchungen über Syphilis placentae, von I. J. Michalski 516
Zur Behandlung der Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica, von Fischl 516
Zwei Fälle von Eruptionsikterus bei Syphilis von Oskar Goldstein 516
Pfortaderthrombose bei Lebersyphilis mit tödlicher Magen- und Darmblutung, von Edmund Klemm 517
Ein Beitrag zur syphilitischen Darmstenose, von Bruno Kaminski 517
Über die chronische sklerosierende Gastritis (Linitis plastica Brintons) und ihre Beziehung zur Syphilis, von Josef Feser 517
Beiträge zur Syphilis der Lippen, der Zunge und des Kehlkopfes, von Franz Weber 517
Epikrise eines komplizierten Falles von Trachealstenose (wahrscheinlich eine gummöse Thyreoiditis und Mediastinitis), von L. J. Dervin 517
Ein Beitrag zur Syphilis der Trachea und der Bronchien, von J. Neumann ... 517
Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta, von H. Thiemann 518
Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta praecox, von Friedrich Röver 518
Ein Fall von Gonitis luetica, von F. Fels 518
Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane, von v. Düring 519
Ein Beitrag zur Syphilis des Herzens, von K. Linneborn 520
Ein Fall von Endarteriitis (!) syphilitica an der unteren Extremität, von Viktor Hannes 520
Arteriosklerose und Syphilis in ihrem Verhältnis zur Entstehung des Aortenaneurysmas, von Otto Briesemeister 520
Beitrag zur Lehre vom Aneurysma der Bauchaorta, von Arthr Bornstein 520
Ein Fall von Aneurysma aortae auf luetischer Basis, von Karl Krämer 520
Ein Fall von einem luetischen Aortenaneurysma, von Joseph Wiesmüller ... 520
Beiträge zur Statistik der syphilitischen Augenerkrankungen, von Willy Stammwitz 521
Beitrag zum Studium des Einflusses der akquirierten Syphilis auf die Ätiologie der Keratitis parenchymatosa, von F. Delsaut 521
Zur Ätiologie der Sehnervenatrophie, von B. Ispolatowsky 521
Alkohol und Syphilis in ihrer Beziehung zur progressiven Paralyse, von Otto Grote 521
Über die hereditär-syphilitische Pseudoparalyse oder Parrotsche Krankheit, von Gaucher 521
Über einen Fall eines Gehirngummas von ungewöhnlicher Gröfse, von Wilhelm Köster 522
Studie über die Prophylaxe der Syphilis, von Gaston Bonnet 522
Grundsätze der Syphilisbehandlung, von E. v. Düring 522
Zur ambulatorischen Behandlung der sekundären Syphilis durch Welandersche Überstreichungen, von Maximilian Bernstin 523
Beitrag zur Injektionstherapie der Syphilis, von Schnabel 523
Die verschiedenen Methoden der Quecksilberdarreichung bei den Kindern. — Die guten Wirkungen des „grauen Pulvers“ (Hydrargyrum cum creta) bei der hereditären Syphilis, von Variot 524

Digitized by Google

Seite
Die Nachbehandlung der Syphilis, von Iwan Bloch 524
Über die intensive Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Quecksilberjodid, von Ch. Lafourcade 524
Quecksilberjodid-Jodkaliumlösung bei Syphilis, von F. Penzoldt 524
Über die linienförmigen Narben bei der hereditären Syphilis, von Franz Poór. 568
Syphiloides postérosives, von Blaschko 600
Primäraffekt an der Oberlippenschleimhaut, von Friedländer............... 601
Vorlesungen über Syphilis, von Gaucher................................... 654
Über psychische Erscheinungen bei cerebraler Syphilis, von Ziehen.......... 656
Über Syphilis des Auges und seiner Adnexe, von Terrien.................. 656
Über die Syphilis des Arztes, von Henri Pérot............................ 657
Syphilitischer Schanker der rechten vulvovaginalen Drüse, von A. Lévy-Bing 657
Über Syphilis des Magens, von Georges Hayem 658
Über Aorta und Syphilis. Die Häufigkeit die gleichzeitigen Bestehens der Aortiten mit Tabes dorsalis und allgemeiner Paralyse bei Syphilitischen, von Guilly 658
Über Aortitis, Tabes und allgemeine Paralyse, von E. v. Massary............ 659
Klinische Studie über einige Formen der Tabes, von Raymond 659
Über Endarteriitis obliterans, von Camillo Saraceni....................... 660
Ein Fall von chronischem, angeborenem Schnaufen, von Hypertrophie des Thymus und Syphilis hereditaria, von A. B. Marfan............................. 660
Über Trauma und Gumma syphiliticum, von Emile Legrain................ 661
Einige Fälle von Pemphigus als Ausdruck der Syphilotoxämie und lokaler Irritationen neurotrophischer und bazillärer Art, von Virgilo Feretti....... 661
Über allgemeine Paralysis und Syphilis, von Alfred Fournier 661
Pathologisch-anatomischer sowie klinischer Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen Syphilis und progressiver Paralyse, von Rudolph Stanziale .. 662
Syphilis cerebralis praecox, kombiniert mit Exophthalmus beim Kind und beim Erwachsenen, von H. Dauchez.. 662

δ. Malleus.

Ein Fall von Malleus acutus, von P. L. Bosellini.......................... 464

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a) Oberhaut.

Pityriasis lichenoides chronica, von Lesser................................ 25
Einige Fälle von Pemphigus als Ausdruck der Syphilotoxämie und des lokalen Reizes (neurotrophischen und streptokokkischen), von Ferretti........... 43
Blutveränderungen beim Pemphigus foliaceus-Cazenave, von G. Grinew........ 93
Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von H. Bayer................. 145
Demonstration eines Falles von Pityriasis lichenoides chronica (Dermatitis psoriasiformis nodularis; Exanthema psoriasiforme lichenoides), von Rille......... 145
Zur Lehre vom Ekzem, von E. v. Düring.................................... 146
Eine Übersicht über die neueste Ekzemliteratur, von F. Gardiner............ 146
Ein Fall von letal verlaufenem Ekzema impetiginosum, von Bernhard Machold 147
Über Pityriasis rubra pilaris, von H. Caspary.............................. 147
Pemphigus des Oesophagus, von Roman Tamerl 147
Über Leukoplakia cutanea, von Merk 147
Ein neues Krätzmittel, das Peruol, von Sprecher............................ 147
Beiträge zur Bakteriologie der Akne vulgaris, von Jul. Söllner............. 148
Akne keratosa, von William Gottheil 148
Studie über die Trichophytien des Bartes, von Félix Halgand............... 148
Untersuchungen über das Trichophytin, von Truffi.......................... 149
Zur Statistik der Psoriasis vulgaris, von Paul Hirsch 199
Pityriasis rubra pilaris Hebrae, von Halle................................. 277
Ein Fall von Kerotosis pilaris rubra, von Wechselmann.................... 278
Drei Fälle von erblicher Hyperkeratosis des Nagelbettes, von A. Garrick-Wilson 288
Pityriasis, seborrhoisches Ekzem und Seborrhoide, von Leredde 292
Vernix caseosa, Heredo-Seborrhoe und Akne foetalis, von Jacquet und Rondeau 320
Die Therapie des Ekzema marginatum, von Gant 325
Familiäres Auftreten von Ichthyosis, von Nobl 396
Eine nicht näher gekannte Affektion, von Spiegler 396

Digitized by Google

Seite
Leukoderma nach Psoriasis, von Ehrmann ... 397
Ekzem en plaques, von Finger ... 398
Der Pemphigus der Schleimhäute, von Julien Méneau ... 406
Pityriasis rubra Hebra, von Metscherski ... 455
Arthropathica psoriatica, von Möller ... 457
Trichophytie der Nägel, von Moberg ... 458
Herpes tonsurans maculosus, von Almkvist ... 458
Ichthyosis, von Almkvist ... 459
Behandlung von Psoriasis mit elektrischen Lichtbädern, von Afzelius ... 459
Favus disseminatus corporis, von Almkvist ... 460
Pustulöse Hautkrankheit, von Sederholm ... 461
Soor auf der Uvula und Epiglottis, von Spitzer ... 462
Pemphigus circinatus, von Mraček ... 462
Pemphigus serpiginosus, von Mraček ... 463
Ekzem en plaques, von Scherber ... 463
Lichen pilaris seu spinulosus, von H. G. Adamson ... 472
Mehrere Fälle von Ichthyosis palmaris et plantaris (Keratoma palmare et plantare hereditarium), von August Schueller ... 525
Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa universalis, von Alfred Weise ... 525
Fortschritte in der Ekzembehandlung, von Kromayer ... 525
Ein hartnäckiger Fall von Gichtekzem, von E. Foucault ... 526
Beitrag zum Studium des Dentitionsekzems, von H. Dozoul ... 526
Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis, von Paul Burgener ... 526
Neuer urologischer Beitrag zur Pathogenese der Psoriasis, von Verrotti ... 526
Die seborrhoische Psoriasis, von Darier ... 526
Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris, von Alb. Kaufmann ... 527
Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris, von Heinrich Assmann ... 527
Ein Beitrag zur Kasuistik des Pemphigus, von Wilhelm Knabe ... 527
Über Vioformanwendung bei Pemphigus, von Alfred Alexander ... 527
Zur Röntgenbehandlung der Sykosis non parasitaria, von Georg Schnelle ... 527
Die Impetigo ... 528
Eine chemische Reaktion auf Tinea versicolor, von H. Woods ... 528
Veränderungen des Knochenmarks in einem Falle von Pemphigus, von Mario Pelagatti ... 573
Keratoma hereditarium, von Pinkus ... 601
Psoriasis, von Buschke ... 601
Psoriasis, von Seegall ... 601
Favus am Bein, von Heller ... 601
Xantho-Erythrodermia perstans, von H. Radcliffe-Crocker ... 607
Pathogenese und Pathologie der Psoriasis, von Campana ... 609
Veränderungen des Knochenmarks in einem Falle von Pemphigus, von Pelagatti 610
Über von Tieren stammende Akariasis beim Menschen, von Bosellini ... 610
Ätiologie und Pathogenese der Acne vulgaris, von Daccó ... 611

b) Cutis.

Diabetes mellitus durch Lichen ruber planus kompliziert, von Hoffmann ... 25
Kindskopfgrofsen Beckenabscefs, von Wechselmann ... 26
Papulöser Ausschlag an den Armen eines jungen Mannes, von v. Chrismar ... 26
Zur Kenntnis der Acne teleangiectodes Kaposi (Acnitis Barthélemy), von Walther Pick ... 29
Ein Beitrag zur Kasuistik der Mykosis fungoides Alibert, von W. Krasnoglasow 31
Über eine eigenartige Form rezidivierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten, von A. Buschke ... 32
Die Blastomycosis cutanea, von W. Dubreuilh ... 39
Über das Erysipeloid, von T. C. Gilchrist ... 96
Granuloma pyogenicum (Botryomycosis-Poncet und Dor), von M. B. Hartzell ... 96
Wuchernde Plaques, von Roscher ... 123
Über die Behandlung der Akne, Furunkulosis und Sykosis mit Inokulationen von Staphylococcusvaccine, von A. E. Wright ... 149
Der Leishman-Donovansche Parasit und die Orientbeule, von Christophers ... 149
Behandlung von Ulcus molle und Bubonen, von A. G. Wollenmann-Ferdinand Dubois ... 150

Seite
Der klimatische Bubo, von J. Cantlie 150
Die Stomatitis ulcerosa-membranacea, von Kelsch 150
Über Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi). Dermatitis papillaris scleroticans nuchae, von Xaver Kelber 151
Nagelfavus (Onychomycosis favosa), von E. Hoffmann 151
Der Pilz der Tinea imbricata, von Basset-Smith 151
Über einen Fall von Rhinosklerom, von Pini 151
Ein Fall von aufserordentlich stark entwickeltem Rhinophyma, von Poli 152
Infektion einer komplizierten Fraktur mit Anthrax, von P. Paterson 152
Ein Fall von rapid sich ausbreitender Gangrän, von E. Glenny 152
Ein Fall von Hospitalbrand auf dem Boden eines Ulcus cruris, von Josef Pollak 152
Über einen Fall von Gangraena cutis multiplex neurotica, von Franz Moormeister 153
Zur Bakteriologie und Pathogenese der disseminierten infektiösen Gangrän der kleinen Kinder, von Auché 153
Ein Beitrag zur Kasuistik und Arsenbehandlung der Mykosis fungoides, von E. Brühann 153
Zwei Fälle von Aktinomykosis der Haut bei Kindern, von W. Carr, R. Johnson und D'Arcy-Power 153
Klinische Studien an Fällen von Aktinomykosis, von R. Knox 154
Ein weiterer Beitrag von sog. Holzphlegmone, von Heinrich Laug 154
Das Ichthyol bei der Behandlung des Erysipels, von Koettlitz 154
Erysipelas neonatorum gangraenosum, von E. Nohl 154
Über Opticus-Neuritis und Atrophie im Anschlufs an Gesichtserysipel, von E. P. Fauveau 155
Über Elephantiasis congenita, von Swoboda 155
Elephantiasis und elephantiastische Zustände, von Secchi 155
Weiteres über elephantiastische Zustände, von Secchi 156
Über die persistierende Form des Erythema nodosum, von Walther Pick 194
Zur Histologie des Rhinoskleroms, von Hermann Schridde 198
Über zwei weitere Fälle von Pemphigus vegetans mit Entwicklung von Tumoren, von Leo R. v. Zumbusch 198
Ein Fall von systematisierter Lichenifikation, als Beitrag zur Kenntnis metamerischer Hautaffektionen, von Söllner 199
Ein Fall von elephantiasischer Oberextremität, von Albert Mayer 200
Zur Therapie des Ulcus molle, von K. Jooss 202
Schnellkur des Erysipels, von W. B. Taylor 326
Diagnostisch unklare, ausgedehnte Ulceration der linken Wangenschleimhaut, von Buschke 394
Knötchenförmiger Lichen planus auf der Mundschleimhaut, von Mayer 394
Elephantiasis der Oberlippe, von Ehrmann 396
Eine mächtige Doppellippe, von Ullmann 397
Über Lichen spinulosus, von Felix Lewandowsky 402
Ätiologie des Geschwürs des Orients, von Marzynowski 456
Mykosis fungoides, von Möller 457
Lichen planus, von Möller 457
Lichen planus, von Almkvist 458
Gangränöse Genitalgeschwüre, von Marcus 459
Acne rosacea, von Almkvist 460
Ulcus gangraenosum penis, von Müllern-Aspegren 460
Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi), von Josef Guszman 469
Lingua scrotalis als familiale Erscheinung, von J. Payenneville 500
Granulosis rubra der Nase, von Henri Malherbe 503
Blastomykosis des Augenlides, von William H. Wilder 528
Seltene Hauterkrankung, von Harttung 528
Über Quecksilbersepsis, von H. Eichhorst 529
Ein Fall von Syphilis vortäuschender Hautaffektion, von A. H. Ohmann-Dumesnil 529
Beitrag zur Kenntnis des Bacillus des malignen Ödems, von Ernst Bachmann 530
Zur Kenntnis der sogenannten „Holzphlegmone“ („Phlégmone ligneux du cou“ nach Reclus), von Hermann Merkel 530
Zur Frage der „Holzphlegmone“. Eine Erwiderung von Schmincke 530
Über die Behandlung des Panaritium, von Riedel 531

Digitized by Google

Seite
Über das Rhinosklerom in Deutschland, von Max Lissauer 521
Intranasale Reizung als Ursache von Rosacea, von W. Lloyd 531
Die Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik, von J. Bloebaum 531
Rhinophyma und ähnliche angiomatöse elephantiastische Erscheinungen an der Haut, von H. Croneberg 531
Zur Behandlung des Erysipels, von Felix Franke 531
Die Anwendung von Nitroglycerin in der Erysipelbehandlung, von W. Wherry 532
Die lokale Behandlung des Erysipels mit Acetozon, von Knowles 532
Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argentum colloidale, von L. Feldmann 532
Ein Fall von Erysipelas faciei mit Ausgang in Septikopyämie, von Eduard Gatzweiler 532
Erysipelas und Carcinom, von Solari 532
Über posterysipelatöses Sklerom, von K. G. von Holten 533
Elephantiasis arabum, von Friedrich Paulus 533
Elephantiasis und Filariosis, von J. Vermeil 533
Zur Pathogenese der Elephantiasis, von J. Guillet 533
Ein Fall von Mykosis fungoides, von W. Schiele 533
Fingeraktinomykose, von Aldo Massaglio 534
Über aktinomykotische Panaritien; Aktinomykose der Finger, von M. Malard .. 534
Ein Beitrag zur Kasuistik der Zungenaktinomykose, von Max Schwienhorst .. 534
Die Aktinomykose des äufseren und mittleren Ohres, von G. Vielle 534
Über die Aktinomykose der Genitalien, von J. Henriot 534
Ein Fall von Actinomycosis cutis, geheilt durch Jodipin, von Albert Börner .. 534
Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum (Kontagiosität), von L. E. M. Rousseau 535
Erythema nodosum, von Isaac A. Abt 535
Über Ätiologie und Pathogenese des Erythema nodosum, von Erich Hoffmann 535
Beitrag zum Studium der primären multiplen Hautgangrän, von E. Veillon ... 536
Über einen Fall von spontaner circumskripter Hautgangrän, von Viktor Munsch 536
Ein weiterer Fall von Lidgangrän mit Diphtheriebazillenbefund, von Wilhelm Schillinger 536
Ein Fall von Noma nach Typhus, von Carl Tillis 536
Lichen planus zoniformis, von Felix Pinkus 569
Ein Beitrag zur Bakteriologie der Noma, von A. Hoffmann und E. Küster .. 577
Gangrän des Scrotums, von C. Mozourelli 578
Die Behandlung des äufseren Milzbrandes beim Menschen, von Emil Hoffmann 578
Der Milzbrand und seine Behandlung, von Moadebod Dowleh 578
Ein Fall von Anthrax des Vorderarms; Exzision; Heilung, von W. J. Kerr 578
Beitrag zur Serumbehandlung bei Anthrax, von Ivo Baudi 578
Ein mit dem Sclavoschen Serum erfolgreich behandelter Fall von Anthrax der Haut, von C. B. Lockwood und F. W. Andrewes 579
Ein Fall von Anthrax (Pustula maligna), welcher mittels Sclavoschen Serums behandelt wurde, von J. L. Stretton 579
Ein zweiter Fall von Pustula maligna cutis, welcher ohne Exzision mittels Sclavoschen Serums erfolgreich behandelt wurde, von A. Bowlby und F. W. Andrewes 579
Zur Behandlung der Bubonen nach dem Langschen Verfahren, von Joseph Forschbach 579
Die chirurgische Behandlung des weichen Schankers, von Carle 580
Über die Ätiologie der nach Ulcus molle auftretenden Bubonen und Bubonuli, nebst einigen therapeutischen Bemerkungen, von Egon Tomasczewski ... 580
Die Behandlung der Leistenbubonen, von Curt Adam 581
Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Bubonen, von Emil Herrmann 581
Zur Behandlung der Bubonen, von Viktor Klingmüller 581
Eigentümliches Exanthem, von Blaschko 600
Aknekeloid am Nacken, von Buschke 601
Nekrose der Nasenhaut mit Ausstofsung des Paraffins, von Heller 601
Perlèche oder Bridou (Angulus infectiosus), von Pospelow 602
Zur pathologischen Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii, von Metscherski 603
Lichen ruber planus, von Elsenberg 603
Lichen ruber planus, von Trczinski 604
Hufeisenförmiges Geschwür in der Mitte des linken Unterschenkels, von Zera .. 604
Lichen ruber planus, von Wiśniewski 604

Digitized by Google

Seite

Zur Ätiologie und Pathogenese der Plaut-Vincentschen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangraenosa idiopathica bezw. der Noma, der Stomatitis mercurialis gangraenosa und der Lungengangrän, von S. Róna 644
Über Erythema induratum (Bazin), von Franz Hirsch 649

Progressive Ernährungsstörungen.

a) Maligne.

Über ein namentlich in der Haut sich ausbreitendes mucocelluläres Neugebilde (à la Krukenbergscher Tumor), klinisch Myxödem vortäuschend, von Friedr. Schlagenhaufer 156
Carcinom der Stirn durch sechs Röntgenbestrahlungen geheilt, von Schmidt .. 24
Drei Fälle von Epitheliomen, von Reschetillo 125
Die Epitheliomatosis pigmentosa, Unnascher Typus; Seemannshautcarcinom, von Dalous und Constantin 128
Die Beziehungen von Pagets Disease zur hereditären Syphilis, von G. Etienne . 129
Ein Fall von primärem Epitheliom der Pinna auris mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen, von T. Shaw 156
Die Zunahme in der Häufigkeit des Carcinoms, von W. R. Williams 157
Fünf Fälle von Mammacarcinom beim Manne, von C. R. Keyser 157
Bemerkungen über den Krebs, von Jonathan Hutchinson 157
Über einen Fall von Cancroid der Nase, behandelt mit Röntgenstrahlen, von O. Guzzoni degli Ancarani 158
Ein Cancroid auf lupöser Grundlage bei starkem Diabetes, behandelt mit Röntgenstrahlen, von Max Levy-Dorn 158
Ein Fall von Narbencarcinom, entstanden auf der Basis einer alten Brandverletzung, von J. Feldmann 158
Über Gallertkrebs der Brustdrüse, von Max Scheiffele 158
Die X-Zellen des Carcinoms, von P. G. Unna 158
Die Radiotherapie bei den malignen Tumoren, von P. François 159
Multiples hämorrhagisches idiopathisches Sarkom (Kaposi), von B. Sommer.... 159
Ein Sarkom mit Epitheleinschlüssen. Ein Beitrag zu der Lehre von den sogen. atypischen Epithelwucherungen, von Edmund Günder 160
Ein Fall von multiplem Sarkom, von S. Taylor 160
Ein Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum (Kaposi), von August Halle 194
Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid, von C. Boeck 197
Ein weiterer Fall von Darierscher Krankheit, nebst Bemerkungen über ihre Natur, von Ch. Audry und E. Dalous 290
Die Epitheliome und ihre Behandlung, von Mibelli 295
Exulceriertes Carcinom am rechten Nasenflügel, von Fasal 395
Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid, von B. Boeck 401
Über die Pagetsche Krankheit (Pagets disease of the nipple), von M. A. Tschlenoff 405
Ein Fall von Darierscher Krankheit, von Hugo Fasal 464
Die Behandlung des Hautepithelioms, von Leredde 471
Behandlung der Hautepitheliome, von Leredde 471
Über die Pagetsche Krankheit (Pagets disease of the nipple), von M. A. Tschlenoff 570
Ein Fall von Sarcoides subcutaneum multiplex, von Henri Français 571
Die Behandlung der Hautepitheliome mit Arsenik, von Leredde 573
Die heutige Indikationsstellung in der Epitheliomtherapie, von G. Holzknecht 582
Die Behandlung der Epitheliome der Haut, von Leredde 583
Über ein Epithelioma papillare; ein Beitrag zur partiellen Spontanheilung epithelialer Tumoren, von Leopold Schwarz 583
Über einen Fall von Adenocarcinom des Nabels, von W. H. Hertz 583
Die Keimzellentheorie in bezug auf Krebs, von A. S. Grünbaum 583
Über die Entwicklung und das Wachstum des Hautcarcinoms, von Bernhard Guttmann 584
Über das Vorkommen von Carcinom auf der Basis von Lupus und Geschwüren, von Theodor Martschke 584
Zwei Fälle von Wangencarcinom auf Grund von Leukoplakia buccalis, von Ferdinand Rauch 584
Epithelkrebs der linken Nasenwurzel von Reschetillo 602

Digitized by Google

Seite

Cancroid, von Żera 603
Carcinoma fibrosum, von Żera 603
Kindsfaustgrofses Sarkom des Rückens, von Wiśniewski 604
Idiopathisches, multiples Pigmentsarkom (idiopathisches, multiples hämorrhagisches Sarkom) Kaposi, von F. Parkes Weber und Paul Daser 608
Epitheliom oder gummöse Ulceration des Gesichtes? von J. Franceschini 610
Das Lidcarcinom, von Uzuhiko Mayeda 612
Die Einwirkung der Röntgenbestrahlungen auf das Krebsgewebe und die darin enthaltenen Krebsparasiten, von Max Schüller 612
Zur Behandlung der Hautcarcinome mit fluoreszierenden Stoffen, von A. Jesionek und H. v. Tappeiner 612
Die Melanosarkombildung beim Menschen und beim Pferde, von Hermann Löffler 613
Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum der Haut, von Radaeli 613
Über Hautaffektionen bei Pseudoleukämie, von Carl Brexendorff 613
Zur Kasuistik der Carcinombildung auf Lupus erythematosus, von Fritz Michelsen 650

b) Benigne.

Angiom durch zweimalige Anwendung der Radiumkapsel zum Verschwinden gebracht, von Schmidt 24
Über das Syringom, von J. Csillag 29
Neurofibromatosis generalisata mit Molluscum pendulum der rechten Gesichtshälfte und Ptosis des Ohres, von Benaky 128
Ein Fall von Adenoma sebaceum Balzer; Sektionsbefund, von Pelagatti 129
Beiträge zur Histologie der Angiome, von A. Bing 160
Entwicklung von Haemangiomen im Anschlufs an das „Ohrringestechen“, von Springer 160
Behandlung der Keloide mit Röntgenstrahlen, von Henry K. Panwast 160
Condylomata acuminata des Frenulum linguae, von Sprecher 161
Die Verruca senilis, von F. Sprecher 161
Zahlreiche Warzen an den Lippen und Händen. — Vollständige Heilung in einem Monat, von Mantelin 161
Über die multiple Neurofibromatose (Fibromata mollusca), von Ludwig Merk 199
Anatomie, Pathogenese und Ätiologie der spitzen Kondylome, von Heller 395
Syringocystadenom, von Wilhelm 395
Anetodermia Jadassohn, von Oppenheim 463
Mollusca contagiosa am Handrücken, von Blaschko 600
Traumatische Horncyste, von Blaschko 600
Chlorom, von Buschke 601
Keloid spontaneum, von Wesołowski 604
Eine Varietät von Neubildung und von papillomatösen Vegetationen und ihre Beziehungen zu einigen Mikroparasiten, von Antonelli 609
Perivaskuläres Myom der Haut (Angiomyom), von Migliorini 610
Über das Epithelioma contagiosum von Taube und Huhn, von Max Juliusberg 614
Molluscum contagiosum als Tumor der Areola mammillae, von Oskar Klauber 614
Plexiforme Neurome oder verästelte Neurome, von M. Delfosse 614
Über einen Fall von Fibroma molluscum mit Hautatrophie, von Otto Weichert 615
Ein Fall von „zentraler“ Neurofibromatose mit multiplen Neurofibromen der Haut, von Guido Richter 615
Über die Behandlung ulcerierender Angiome bei ganz jungen Kindern, von J. Gheorghieff 615
Lymphangiom mit temporärer Chylorrhoe, von Neumann 615
Über die angeborenen Blutcysten des Halses, von Friedrich Grossmann 616
Histologische Untersuchungen über Miliaria crystallina, von Karl Mayer 616
Studie über die Hauthörner, von Ch. F. M. Bizière 616
Über das gutartige Epitheliom der Haut, von von Max Christian 616
Feuchtwarzen, deren Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie, von C. W. G. Rohrer 616
Die Behandlung des Condyloma acuminatum mittels Erfrierung, von M. Schein 616
Die Papillome der Zunge, von Berger 617

Digitized by Google

Seite

Ein Fall von entzündlichem Papillom, von Ludwig Simon 617
Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum disseminatum, von J. Fellánder 645
Beitrag zum Studium der branchiogenen Neubildungen, von Davide Fischi .. 649

c) Pigmentanomalien.

Über eine melanotische Geschwulst der männlichen Brustdrüse, von Bertold Buff 161
Über einen mit Melanosarkom und Leukosarkom kombinierten Pigmentnaevus, von S. Marcus 161
Ein Fall von Addisonscher Krankheit, eingeleitet durch Influenza, von Jacques 161
Pigmentanomalien, von Leiner 398
Über die Genese der Melanome in der Haut bei Schimmelpferden, von Johannes van Dorssen 617
Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von Breda 617
Beitrag zur Kasuistik der aus angeborenen Melanosen des Auges hervorgehenden Tumoren, von S. Behr 617
Ein rekurrierender perinephritischer Abscefs von 26jähriger Dauer und das klinische Bild des Morbus Addisonii zeigend, von George A. Moleen.... 617
Über den akuten Verlauf des Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der gastro-intestinalen Erscheinungen, von Hans Fischer 618
Ein Fall von Morbus Addisonii ohne Bronzefärbung der Haut, von B. Gresbeck 618
Ein Fall von Nebennierentuberkulose ohne Morbus Addisonii, von S. Karpeles 618
Zur Kasuistik des Morbus Addisonii, von Louis Goldschmidt 618
Intermittierende Polyurie usw. bei Addisonscher Krankheit, von Ernst Bendix 618

Regressive Ernährungsstörungen.

Diffuse Sklerodermie nebst Sklerodaktylie, welche zugleich zwei bandförmige Sklerodermieplaques mit typischem Lilaring zeigt, von Rosenthal 25
Heilerfolge bei Alopecia totalis mit kaltem Eisenlicht, von Kromayer 25
Narbige, kahle Flecke auf dem Kopfe, von Hollstein 26
Idiopathische Hautatrophie, von Brüning 26
Hämochromatosis der Haut und Bauchorgane bei idiopathischer Hautatrophie mit Erythrodermie, von B. Kreissl 31
Alopecia areata, von Pinkus 125
Lupus erythematodes und Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi), von Metscherski 125
Die Runzeln im Gesicht und die Wiederaufrichtung der Brüste 162
Ein Fall von ausgedehnter Varicenbildung an den Bauchdecken, von O. Schöllhammer 162
Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden, von Tillaux 162
Beitrag zur Therapie der Ulcera cruris bei varikösen Venenerkrankungen, von Ludwig von Gosen 162
Zur Heilung der Unterschenkelgeschwüre, von Engelbrecht 163
Über die Wirkung geringgradiger Kältetraumen auf granulierende Wunden, zugleich ein therapeutischer Beitrag, von S. Stiasny 163
Ein Fall von Alopecia areata, geheilt durch Hochfrequenzströme, von Ugo Gay 163
Xanthoma, von John V. Shoemaker 164
Über Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex, von Derlin 164
Die Hauterscheinungen bei Diabetes insipidus, von Alembert W. Brayton... 164
Alimentäre Glykosurie und Myxödem, von W. Knöpfelmacher 164
Der Geisteszustand bei Myxödem, von H. Wolseley-Lewis 165
Zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Adolf Bayard 165
Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Karl Forster 165
Ein Fall von Sclerodermia diffusa, von Heinrich Geerlings 166
Paralysis agitans und Sklerodermie, von Luzzatto 166
Weitere Untersuchungen über die entzündliche Atrophie des subcutanen Fettgewebes, von Alfred Kraus 195
Striae patellares, von J. L. Bunch 287
Beitrag zum Studium der Haaranomalien, von Giorgi 295
Untersuchungen über die Alopecia atrophicans 320
Atrophie der rechten Gesichtshälfte, von Wechselmann 398

Digitized by Google

Seite

Typisches Leukoderm am Halse, von Ledermann ... 394
Venenerweiterungen als Folge der Thrombose der Vena iliaca oder cava, von Baum 394
Acrodermatitis atrophicans, von Ehrmann ... 397
Lupus erythematosus discoides, von Sachs ... 397
Lupus erythematosus, von Oppenheim ... 397
Koilonychia an allen Fingernägeln, von Nobl ... 397
Lupus erythematosus, von Geliis ... 398
Über Pseudoalopecia atrophicans crustosa, von Wilhelm Wechselmann ... 405
Symmetrische Nagelaffektion, von Müllern-Aspegren ... 460
Alopecia areata, von Moberg ... 460
Sklerodermie en plaques am rechten Oberschenkel, von Ullmann ... 461
Atrophia cutis idiopathica, von Ehrmann ... 462
Untersuchungen über die Alopecia atrophicans, von L. Brocq, Lenglet und Ayrignac ... 500
Über die Beziehungen der Vitiligo zur Syphilis, von Georges Thibierge ... 500
Untersuchungen über die Alopecia atrophicans, Varietas pseudopeladica, von L. Brocq, Lenglet und Ayrignac ... 570
Lymphangiomatöser Naevus, von Blaschko ... 600
Teleangiectasiae essentiales en grouppes, von M. Malinowski ... 603
Dermatitis atrophicans Kaposi (Atrophia cutis idiopathica), von E. Malinowski 604
Über die experimentellen Alopecien nach Anwendung von Thalliumacetat, von Vignolo-Lutati ... 610
Über Haarausfall, von R. A. McDonnel ... 619
Die interne Behandlung der Hämorrhoiden, von A. Robin ... 619
Über Hämorrhoiden, von Samuel G. Gant ... 619
Die Schwangerschaftsnarben und die varikösen Erweiterungen der kleinen Hautvenen ... 620
Über die Behandlung der Varicen, von Franz Altenburg ... 620
Über die Behandlung der Varices, von Br. Kaiser ... 621
Zur Behandlung des Ulcus cruris und seiner Ursachen, von Hans Vörner ... 621
Über Heftpflasterverbände bei Ulcus cruris, von Caesar Philip ... 622
Ein neuer Verband bei Ulcus cruris (Ectoganverband), von S. Schwarz ... 622
Über die Behandlung der Ulcera cruris mit besonderer Berücksichtigung der Crurintherapie, von M. Lichtenberger ... 622
Nochmals etwas über das Unterschenkelgeschwür, von Vehmeyer ... 623
Eine Erkrankung der Nägel, verbunden mit Arthritis der Endgelenke der Finger und Zehen, von M. B. Hartzell ... 623
Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Nagelfurchen, von Dimo-Dimitroff . 624
Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Nagelerkrankungen, von Theodor Heynemann ... 624
Zur Kasuistik der kongenitalen Onychogryphosis, von C. Müller ... 624
Die Behandlung der Alopecia areata mit Strömen hoher Frequenz, von Verdani 624
Vorstellung von Resultaten der Eisenlichtbehandlung bei Alopecia areata, von Kromayer ... 624
Über Trichorrhexis nodosa, von M. Dubuche ... 624
Über die Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum, von Ischreyt ... 625
Über Xeroderma pigmentosum, von Rudolf Freyse ... 625
Zur Kasuistik der diabetischen Gangrän, von Adolf Wahlmann ... 625
Ein Beitrag zur Ätiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes, von August Voirol ... 625
Beitrag zur Ätiologie des Lupus erythematodes, von Otto Löser ... 626
Die Behandlung des Lupus erythematosus durch wiederholtes Gefrieren mit Äthylchlorid, von M. B. Hartzell ... 626
Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach Holländer und eine Erklärung für diese Therapie, von Moritz Oppenheim ... 627
Über „idiopathische Hautatrophie“, von Wilhelm Lehmann ... 627
Über die idiopathische progressive Hautatrophie und ihre Beziehung zur Sklerodermie, von Metscherski ... 627
Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, von E. Payot ... 628
Über „Mëlüng“ (Bëtä bei den Dualanegern), eine eigenartige Hautkrankheit der Neger in Westafrika, von Hans Ziemann ... 643
Die glatte Muskulatur in den senilen und präsenilen Atrophien der Haut, von Carlo Vignoli-Lutati ... 645

d by Google

Seite

Pili moniliformes, von Fr. Bering 648
Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Crurin, von Max Joseph.... 651
Über die Beziehungen von Infektion, Gefäfs- und Blutdrüsenerkrankungen zur Sklerodermie, von L. Huismans 663
Ein Fall von circumskripter Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüse, von C. Schwerdt 664
Ein Fall von Sclerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie bei einem neunjährigen Mädchen, von Carl Harm 664
Über Sklerodermie und Sklerodaktylie, von Wilhelm Mälchers 665
Paralysis agitans und Sklerodermie, von Luzzatti 665

Idioneurosen.

Starkes Hautjucken, von Kurella 604
Die Behandlung des Pruritus, von Trémolières 665
Die Behandlung von eingewurzeltem Pruritus ani, von C. Ball 666

Sekretionsanomalien.

Hyperidrosis pedum und ihre Behandlung mit Kaliumpermanganatbädern, von Ludwig Weiss 166
Über das traumatische Emphysem des Gesichtes, von Theodor Imhof 167
Einige kritische Bemerkungen zur Behandlung der vermehrten lokalen Schweifsabsonderung, von Schuppenhauer 666
Über einen Fall eigentümlicher Schweifsabsonderung, von N. Platter 667
Zur Ätiologie halbseitiger Störungen der Schweifssekretion (Hyper- und Anhidrosis unilateralis), von Ernst Urbantschitsch 667

Saprophyten und Fremdkörper.

Podagra cutis, von Küsel 125
Über einige pathologische Veränderungen der Nieren beim Icterus, von Zeri... 167
Uncinariasis im südlichen Nordamerika, mit besonderer Berücksichtigung des Infektionsmodus, von Claude A. Smith 167
Die Infektion mit dem Ankylostoma hominis infolge Eindringens der Larven in die Haut, von Hugo Goldmann 667
Über die Durchdringung der Larven des Ankylostomum duodenale durch die Haut, von Lambinet 667
Mitteilung über des Vorkommen von Filaria bei den Fidschiinsulanern, von G. W. A. Lynch 668
Demodex folliculorum Simon in den Ciliarfollikeln des Menschen, von Stcherbatchoff 668
Chronische Eiterung der Finger mit Niederschlägen von kohlen- und phosphorsaurem Kalk, von Teodor Dunin 668
Zur Kenntnis der Anthrakose der bronchialen Lymphdrüsen und der Haut, von Georg Riebold 669
Das subcutane Emphysem bei der chronischen Tuberkulose, von Louis Rénon 669
Das subcutane Emphysem bei der chronischen Tuberkulose, von Halipré 669
Pityriasis versicolor und Microsporon furfur, von Camille Müller 669

Mifsbildungen.

Die Behandlung des „Portwein"-Naevus mit Radiumbromid, von Hartigan 95
Über behaarte Menschen, von E. Roth 127
Naevi pigmentosi disseminati bei hochgradigem, stets zunehmendem Hydrocephalus eines neugeborenen Kindes, von Eduard Frank 168
Naevi lineares. Einige klinische und pathologische Betrachtungen über Naevi im besonderen und die Dermatologie im allgemeinen, von M. L. Heidingsfeld 168
Über die krebsige Entartung der Kopfatherome, von Denis G. Zesas 169
Untersuchungen über die weichen Naevi und die Pigmenttumoren, von Migliorini 294
Spontane Involution eines Riesennaevus, von Ludwig Spitzer 313
Naevus pigmentosus et pilaris, von Sederholm 460

Digitized by Google

Seite
Einen dunklen Naevus pigmentosa pilosus an Hals und Schulter, von Scherber 463
Beitrag zum Studium der Leukoplasia buccalis und ihrer Behandlung, von G. Filarétopoulo ... 502
Über eine an der Brust lokalisierte bemerkenswerte Naevusform, von A. Buschke 649
Die Behandlung der circumskripten Naevi, von Variot ... 669
Die Behandlung der Hypertrichosis ... 669
Ein Fall von Hypertrichosis sacralis, von Max Marcuse ... 670
Enelektrolyse; eine verbesserte Methode der Behandlung von Hypertrichiasis, von Balmanno Squire ... 670

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Urogenitaltuberkulose, von G. Berg ... 35
Hetralin, ein wirksames Mittel gegen Cystitis und Pyelitis, von G. Fraenkel .. 35
Über einen Fall von typischem Uranismus eines jungen Mädchens, von W. Hammer 37
Die Streptothrikose der Harnwege — Experimentelle Untersuchungen, von C. Bruni ... 97
Die Veränderungen der Virulenz und die Chirurgie der Harnorgane, von Guyon 129
Über die Genitaltuberkulose im Kindesalter und ihre Behandlung, von V. U. Fulconis ... 169
Wirkungen und Nebenwirkungen neuerer Urinantiseptika (Urotropin, Helmitol, Hetralin), von Goldberg ... 169
Helmitol, von M. Lewitt ... 169
Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat, von Rudolf Riegner ... 170
Über Hetralin, ein neues internes Harnantiseptikum, von Ludwig Epstein ... 170
Übergänge zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht, von M. Hirschfeld ... 202
Über die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt, von G. Brendel 317. 467
Ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung (Erreur de sexe), von M. Hirschfeld ... 319
Über die Streptotricose der Harnwege, von Carmelo Bruni ... 466
Der Pneumococcus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen, von Rudolf Picker ... 567

a) Penis, Urethra und Blase.

Über Darmblasenfisteln infolge von Darmdivertikel, von W. Heine ... 32
Urethroskopischer Beitrag, von P. Asch ... 32
Über ein paraurethrales Fibrom mit Einschlufs einer Cyste (Cylinderepithel), von Mankiewicz ... 32
Beitrag zur Frage der Behandlung der impermeablen Harnröhrenstrikturen, von W. J. Lissjanski ... 33
Der aseptische Katheterismus, von G. Brendel ... 34
Die Rolle der Drüsen der Urethra bei den perinealen Eiterungen, von Jean Escat ... 129
Zur Behandlung der Phimose, von Wilhelm Bartsch ... 170
Über die Becksche Methode der Hypospadieoperation, von C. Bötticher ... 170
Symbolae ad morphographiam membri virilis, von R. Bergh ... 170
Zur Frage des Priapismus, von M. v. Margulies ... 171
Über Priapismus nocturnus chronicus, von Peyer ... 171
Zur Kasuistik der Periurethritis des Mannes, von Eduard Schilcher ... 171
Traumatische Gangrän des Hodensacks mit fast totaler Ablösung desselben; Genesung bei plastischer Operation zur Bildung eines neuen Skrotums, von A. G. Bissett ... 172
Beitrag zur Technik der Urethroskopie, von P. Meissner ... 172
Über Ruptur der Harnröhre; deren Behandlung mittels kombinierter Drainage (per urethram und durch die Bauchwand), von H. Rutherford ... 172
Zur Therapie der Leukoplakia urethralis, von H. Ludwig ... 172

Digitized by Google

Seite
Zur Therapie der Leukoplakia urethralis, von R. Kaufmann ... 172
Über den Schwund der Harnblase durch tuberkulöse Geschwüre, von A. Heiler 173
Urethritis non gonococcica und ihre Komplikationen (Epididymitis, Prostatitis, Harnröhrenneurose), von Moriz Porosz ... 200
Ein Beitrag zur Metaplasie des Harnblasenepithels, von R. Lichtenstern ... 207
Die Cystitis der Kinder ... 207
Über die Auskratzung der Harnblase, von Rolando ... 208
Über die Entstehung der Harnblasenperforationen, von Paul Eichwald ... 208
Über subcutane Blasenrupturen und deren Behandlung, von Otto Pachmayer 208
Ein Fall von Blasenruptur, von F. R. Caeter ... 208
Ein klinischer Vortrag über die Frühdiagnose von Blasentumoren, von C. B. Lockwood ... 208
Neubildungen der Blase mit spezieller Berücksichtigung eines Falles von primärem Carcinom der Harnblase mit akutem Verblutungstod, von Wendelin Pfluger ... 208
Die Palliativoperationen bei den Blasencarcinomen, von Guyon ... 209
Zur Statistik und Kasuistik des Carcinoms der Harnblase, von Otto Hess ... 209
Über einen Fall von Sarkom der Harnblase, von Karl Jäger ... 209
Die in der chirurgischen Klinik zu München operierten Blasenpapillome 1890 bis 1903, von Ludwig Schliep ... 209
Urinverhaltung infolge von Kompression durch ein Uterusfibroid im Alter von 25 Jahren, von C. E. Purslow ... 209
Die Behandlung grofser Blasensteine mittels Lithotripsie in Ägypten, von F. Milton 210
Die Häufigkeit der Nieren- und Blasensteine, von Heinrich Grau ... 210
Eine Serie von 120 Blasensteinoperationen, von F. A. Southam ... 210
Blasensteinbildung um Seidenfäden nach der Blasennaht und ihre Verhütung, von Georg Berg ... 279
Komplikationen von seiten der Harnblase bei Appendicitis, von Baradulin ... 281
Sectio alta wegen zahlreicher Steine, von Delefosse ... 289
Fremdkörper in der Blase, von A. Pappa ... 290
Fixationsapparat für Verweilkatheter, von L. Ferria ... 290
Untersuchungen über die Ätiologie der Cystitis, von Desider Ráskai ... 315
Keratosis der Harnröhre, von K. Joosz ... 318
Über die entzündlichen Strikturen der Pars posterior urethrae, von R. le Fûr. 320
Die Hypospadia glandis, von Broca ... 321
Falsche Wege der Harnröhre, von Eugen Fuller ... 323
Der Katheterismus bei völliger Harnverhaltung infolge Vorsteherdrüsenvergröfserung, von W. T. Belfield ... 323
Über die Technik bei der Behandlung der Hypospadie und anderer Defekte und der Verletzungen der Harnröhre, von Karl Beck ... 325
Der Gebrauch des Formalins zu Blasenspülungen, von Gardner W. Allen ... 326
Urethritis non gonococcica, von Grosz ... 398 649
Radikale Heilung von Narbenstrikturen der Urethra mittels der elektrolytischen Nadel, von Selhorst ... 466
Über Massage der Harnröhre, von Boss ... 467
Über das Chloroformieren der Harnblase, von Félix Guyon ... 469
Studie über die Länge der Urethra beim Manne, von P. Bazy und Marzel Deschamps ... 470
Anatomie des Trigonum vesicae, von R. Uteau ... 473
Ein neues Irrigationscystoskop, von Leopold Casper ... 568
Narbige Verengerung der Urethra eines fünfjährigen Kindes infolge von Varicellen. — Urethrotomia interna. Heilung, von Monie ... 572
Über den Mechanismus der Wirkung der Silbersalze auf die Urethralschleimhaut der Hunde, von C. Calderone ... 609
Sexuelle Zwischenstufen, von Albert Moll ... 670
Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von Karl Alfred Schönfeld ... 671
Enuresis und deren Behandlung, von Julius Ullmann ... 671
Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung, von R. Kutner ... 671
Die Wichtigkeit des Cystoskops bei der Chirurgie der Urogenitalorgane, von Follen Cabot ... 672
Kathetersterilisator, von Dreuw ... 673
Über Helmitol, ein neues Harndesinfiziens, von Glass ... 673

Digitized by Google

Seite
Über Phimosis acquisita, von Rille ... 673
Die Hypospadia glandis, von Broca ... 673
Ein Beitrag zur Lehre vom Peniscarcinom, von Ernst Tägtmeyer ... 673
Epitheliom des Penis im Verein mit Leukoplakie, von R. H Paramore ... 673
Die plastischen Indurationen der Corpora cavernosa, von A. Chevallier ... 673
Über idiopathischen, protrahierten Priapismus, von Karl Goebel ... 674
Zwei Fälle von primärem Erysipelas gangraenosum penis et scroti, von Hans Schulz ... 674
Die Urethriditen der kleinen Knaben ... 675
Zwei Beiträge zur Harnröhrenchirurgie: 1. Über Harnröhrenresektion bei polypösem Sarkom der Pars bulbosa; 2. Über Harnröhrenregeneration nach Defekten im Gefolge von Strikturen, von Ernst Paege ... 675
Beitrag zum Studium des Epithelioms der Urethra des Mannes, von A. Malaussène 675
Über eine eigenartige kongenitale Harnröhrenfistel, von Rudolf Paschkis ... 675
Zur Kasuistik der Urethralfremdkörper und der Strangulation des Penis, von Leo Lomer ... 675
Zwei interessante Fälle von Harnröhrenstrikturen, von J. W. Dowden ... 676

b) Hoden und Samenblasen.

Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörung, von W. Hammer ... 34
Ein kritischer Beitrag zur sexuellen Moral, von F. Siebert ... 36
Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten? von M. Marcuse 36. 37
Maligne Hodengeschwülste in den beiden ersten Lebensdezennien, von Fr. W. Schön ... 210
Über primäre maligne Nebenhodentumoren, von J. Krafft ... 211
Über den Wert des unvollständig descendierten Testikels, von E. M. Corner ... 211
Ein Vorschlag zur Operation des Kryptorchismus, von S. Ruff ... 211
Eine seltsame Luxatio testis, von Jurinka ... 212
Über galoppierende Hodentuberkulose, von E. A. J. A. Jovelly ... 212
Strangulierung des vollständig descendierten Hodens infolge von Torsion des stielförmigen Mesorchiums, von G. H. Edington ... 212
Zur Kasuistik der Sarkome der Samenstranghüllen, von Fritz Richter ... 212
Zur Ätiologie der Varicocele, von J. Macphail ... 213
Über Entwicklungsstörungen und Geschwülste der Samenblasen, von George Burkard ... 213
Zur Ätiologie und Pathologie der Samenblasenerkrankungen, von F. Weisz ... 213
Über die bösartigen Geschwülste der Samenblasen unter Mitteilung eines neuen Falles von primärem Samenblasenkrebs, von Alfred Teubert ... 214
Ein Fall von Hodensarkom auf traumatischer Basis. Ein Beitrag zur Ätiologie der malignen Tumoren, von E. E. Brunne ... 215
Zur Naturgeschichte der Onanie, von J. Marcuse ... 318
Der Neomalthusianismus, von H. O. Rohleder ... 319. 468. 606
Eine neue Methode zur Behandlung der Impotenz, von M. L. Heidingsfeld ... 323
Über die Folgen der Onanie, von M. Porosz ... 468
Bluterguß in einen ektopischen Hoden, von Cunéo, Mauclaire und Magitot 470
Die Folgen der Onanie, von M. Porosz ... 606

c) Prostata.

Zur Therapie des Prostataabscesses, von E. Warschauer ... 37
Bemerkung über einen Fall von Prostatismus ohne Prostata, von Moran ... 98
Ein Beitrag zum Studium der Infektionen der Prostata von der Harnröhre aus, von Fred. Bierhof ... 215
Die akute eitrige Prostatitis, von M. Fischer ... 216
Ein Fall von Prostatitis posttyphosa chronica, von Falkner ... 216
Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Bottinischen Operation als Palliativverfahren, von W. Fürstenheim ... 216
Die Ursachen der Prostatavergrößerung, von H. T. Herring ... 216
Die Pathologie der Prostatavergrößerung, von P. L. Daniel ... 217
Die chirurgische Anatomie der normalen und vergrößerten Prostata, von J. W. Th. Walker ... 217

Digitized by Google

Seite
Die moderne Behandlung der Prostatahypertrophie, von Arthur Fray Cabot. 217
Die relativen Vorteile der suprapubikalen und perinealen Prostatektomie, von E. Deanesley ... 217
Totale Prostatektomie, von C. S. Wallace ... 218
Die radikale Behandlung der Prostatahypertrophie mit totaler Exstirpation des Organs, von P. J. Freyer ... 218
Das Operationsgebiet bei Freyers Methode der Exstirpation der Prostata und bei der suprapubikalen Prostatektomie, von X. Th. Walker ... 218
Die totale Exstirpation der Prostata, von P. J. Freyer ... 218
Über perineale Prostatektomie, von T. Marie Schafranoff ... 218
Erfahrungen über Bottinische Operationen bei Prostatahypertrophie in der Bonner chirurgischen Klinik, von B. Thomas ... 218
Darf der Arzt zum aufsereheliehen Geschlechtsverkehr raten? von R. Kossmann ... 285
Darf der Arzt zum aufsereheliehen Geschlechtsverkehr raten? von Max Hirsch 287
Über die Pathogenese der Dermoidcysten des Ovariums und des Hodens, von A. Pappa ... 289
Über Massage der Prostata und der Samenblasen, von A. Hennig ... 317. 467
Prostatamassage als Heilmittel, von T. P. Whaley ... 323
Die Behandlung der Prostata, von James E. Moore ... 324
Die Behandlung der Harnverhaltung in Fällen von Vergröfserung der Vorsteherdrüse, von H. M. Christian ... 324
Behandlung der vergröfserten Vorsteherdrüse, von George R. White ... 327
Prostatablutungen, von Albarran ... 327
Anzeichen und Heilwert der Prostatektomie, von Goldberg ... 652

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Beziehungen des Bacterium coli commune zur Schwefelwasserstoffgärung des Harnes, von C. Doctor ... 38
Beschreibung, Funktion und Vorteile des graduierten intravesikalen Harnsegregators, von Eugène Boddaert ... 131
Die operative Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen (nach Ramon Guiteras New York), von G. Berg ... 202
Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen, von M. von Margulies ... 202
Quartalsbericht über Nierenkrankheiten, von L. Weil ... 202
De l'hemoglobinurie paroxystique a frigore et ses rapports avec les autres affections causés par le froid au cours de la Syphilis, von F. Balzer ... 206
Physikalische Versuche zur Erklärung einer bisher nicht gewürdigten Gefahr der Bottinischen Operation, von Paul Rosenstein ... 219
Ein Fall von Riesenkonkrement in der Niere, von A. M. Sheild ... 219
Über Kryoskopie und reflektorische Polyurie, von M. Kapsammer ... 220
Über funktionelle Albuminurie, von H. G. Armstrong ... 220
Die Bedeutung der Albuminurie im Kindesalter, von G. Reimer ... 220
Die Behandlung der Albuminurien, von H. Huchard und Ch. Fiessinger ... 222
Über Alkaptonurie, von D. Zimper ... 222
Beitrag zum Studium der Chylurie, von Gabbi ... 222
Die Diagnose der Hämaturie, von W. Hirt ... 223
Nephritis und Hämaturie, von Albarran ... 224
Beitrag zum Studium der Hämaturie im Verlaufe der renalen Tuberkulose, von P. J. Dupuy ... 225
Ein Fall von nicht durch Sulfonal bedingter Hämatoporphyrinurie, von G. L. Thornton ... 225
Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Julius Donath und Karl Landsteiner ... 225
Die Urobilinurie als Symptom der Auto-Hämolyse. Zwei Fälle von Skorbut, von Erben ... 225
Ein Fall von hartnäckiger Phosphat-Diathese, geheilt durch systematische Dehnung des hinteren Teiles der Harnröhre, von George Theodore Mundorff .. 226
Diabetes, von Heller ... 278
Betrachtungen über die Methode der intravesikalen Trennung des Urins der beiden Nieren, von Georges Luys ... 322

Digitized by Google

Seite

Betrachtungen über die Technik der Mengenbestimmung des Harnstoffes, von Meillère ... 322
Indikationen für Lösung der Nierenkapsel (Decapsulatio renalis), von R. R. Kime 324
Ein Fall von Hufeisenniere, von G. Th. Mundorff ... 326
Über den Nachweis von Milchzucker im Harne, von Hans Malfatti ... 466
Über einen Fall von angeborenem Nierenmangel (Aplasia s. Agenesia renis), von P. J. Owtschinnikow ... 467
Berichtigende Bemerkungen zu dem Aufsatze Luys' über die Methode der intravesikalen Trennung des Urins nach Lambotte, von F. Cathelin ... 475
Der Harnleiter-Okklusivkatheter, von Max Nitze ... 566
Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Ureters, von L. Adler ... 567
Über einen Fall von Nephritis mit malignem, fulminantem Verlauf nach Angina follicularis, von L. Einis ... 568
Klinische Studie über die Pathogenese und die Semiotik der Albuminurie, von E. Lancéraux ... 572
Die Harnbestandteile, von Marcel Labbé und Henri Labbé ... 572
Milchweifse Flüssigkeit statt Urin, von Heuck ... 601

e) Labien, Vagina usw.

Sexualorgane und Frauentracht, von R. Glitsch ... 37
Ist erzwungene, unfreiwillige Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das gesunde, normale Weib schädlich? von Ruth Bré und Erwiderung von Agnes Bluhm ... 226
Zur Kasuistik der Tuberkulose der weiblichen Genitalien, von Lambert Rehbock ... 227
Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane, von Marie Schakhoff ... 227
Beitrag zu den Verletzungen der weiblichen Geschlechtsteile sub coitu, von Josef Saks ... 227
Eine septierte Vagina, von Harbinson ... 227
Ulcus chronicum elephantiasticum, von R. Matzenauer ... 227
Über Vulvovaginitis bei kleinen Kindern, eine klinische Studie von 190 Fällen, von Sara Welt-Kakels ... 227
Über die Behandlung der Uterusblennorrhoe mit Lygosinnatrium, von Müllern-Aspegren ... 461

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von Ferd. Kleinertz ... 35
Über den Wert der Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe, von R. Lucke 38
Ophthalmia neonatorum, von R. Labusquière ... 41
Helmitol, Hetralin und Acidum nitricum bei Blennorrhoe und Cystitis, von Bindermann ... 47
Über den therapeutischen Wert des Gonosan, von F. Kornfeld ... 48
Über Arhovin, ein neues Antiblennorrhoikum, von Leopold Strauss ... 48
Myelitischer Herd im Dorsalmark, von Bloch ... 124
Über isolierte blennorrhoische Infektion präputialer und paraurethraler Gänge, von Ernst Heberle ... 228
Die latente Blennorrhoe des Weibes, von André Bernheim ... 228
Bemerkungen über Häufigkeit und Verhütung der Blennorrhoea neonatorum, von Wintersteiner ... 228
Über Organerkrankungen des Nervensystems auf blennorrhoischer Basis, von Jan Koelichen ... 229
Erythema nodosum blennorrhoicum, von Hermann ... 230
Zur Behandlung der blennorrhoischen Gelenkerkrankungen mittels der Bierschen Stauungshyperämie, von August Laqueur ... 230
Blennorrhoische Entzündung des Sternoclaviculargelenks, von R. L. Larson ... 230
Die puerperalen Erkrankungen der blennorrhoischen Frauen ... 230
Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von J. Jadassohn ... 230
Über die interne Behandlung der Blennorrhoe unter besonderer Berücksichtigung des neuen Antiblennorrhoicum Gonosan, von M. Lubowski ... 232
Zur Kenntnis des Gonosans, von Jakob Bronislaus Sokal ... 233

Digitized by Google

Seite
Die Silbersalze bei der Blennorrhoe, von William L. Baum 233
Über die Bedeutung des Ichthargans bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Richard H. Winckler 233
Bakterienbefunde bei chronischer Blennorrhoe, von Karl Ritter von Hofmann 279
Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Blennorrhoe, von R. de Campagnolle 283
Erwiderung auf R. de Campagnolles Arbeit „Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Blennorrhoe", von Blokusewski 287
Der Einfluſs des Gonosans in der Behandlung der Blennorrhoe, von Melun ... 316
Über die Anwendung der Silberpräparate (speziell der modernen) bei der Blennorrhoe, von R. Loeb 317
Bemerkungen über blennorrhoische Arthritis, von Schuster 317
Zur Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe, von A. Strauss 318
Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe mittels Albargin, von G. Schourp ... 319
Die Behandlung der chronischen Urethritis blennorrhoica beim Manne, von Hermann G. Klotz 323
Unsere Kenntnis vom heutigen Stand der Tripperbehandlung, von Louis Gross 324
Alte und neuere Behandlungsmethoden der Harnröhrenausflüsse, von George E. Goodfellow 324
Einige Erwägungen über Tripperbehandlung, von Wetherby 327
Blennorrhoische Epididymitis und Nekrose des Hodens, von Buschke 394
Thrombophlebitis blennorrhoica, von Voss 404
Prophylaktisches Mittel gegen Blennorrhoe, von Cronquist 459
Über die Anwendung des Arhovins als Antiblennorrhoikum, von J. Silberstein 606

Verschiedenes.

Demonstration von Paraffinprothesen bei Gesichtsdeformitäten und Gaumendefekten, von H. Eckstein 27
Nekrolog auf Heinrich Köbner, von Wechselmann 28
Der 5. internationale Kongreſs für Dermatologie 40
Die Spezialkommission für die Regelung der Sittlichkeit. Berichte von M. M. Bulot und Augagneur, von L. Butte 41
Akuter Pemphigus, Ekzem bedingt durch Kaliumbichromat. Purpura orthostatica, von R. Saundby 80
Untersuchungstisch für medizinisch-chirurgische, urologische und gynäkologische Zwecke, von Estrabaut 98
Carl Berliner † 118
Antwort an Herrn Dr. A. Blaschko auf seine Kritik meiner allgemeinen Auffassung der Hautkrankheiten, von L. Brocq 132
Dermatologischer Unterricht und dermatologische Praxis in Frankreich und Deutschland, von Leredde 133
Eine neue Federdruckinjektionsspritze mit Abstell- und Reguliervorrichtung für Öle und Flüssigkeiten, speziell für Jodipin, von Arthur Strauſs 173
Eine neue dermotherapeutische Bestrahlungslampe, von Jessionek 173
Einige Fälle aus der Gaucherschen Klinik im Hôpital St. Louis in Paris, von T. L. Bunch 174
Dr. Unnas Kurse über alle Gebiete der Dermatologie 174
Die Plasmobien des Denguefiebers, von H. A. Eberle 234
Fall von ausgebildetem Kollateralkreislauf der Thoraco-Abdominalvenen, von Bernhard Marcuse 278
Hygienischer Rasierpinsel, von Blaschko 279
Offener Brief an Herrn Geheimrat Professor Neisser, von Dr. von Rhoden.... 280
Antwort auf obigen Brief, von A. Neisser 280
Korrespondenz zwischen Fräulein Gustava Heymann und Blaschko 281
Meldepflicht und Verschwiegenheitsverpflichtung des Arztes bei Geschlechtskrankheiten, von Chotzen 282
Zur Geschichte des Coecal-Condoms, von Hans Ferdy 287
V. internationaler Kongreſs für Dermatologie und Syphiligraphie 294

Digitized by Google

Seite
Korrektion einer durch Verbrennung herbeigeführten Deformität mittels plastischer Operation, von W. H. Brown 298
Rotationsinstrumente. Ein neues technisches Verfahren in der dermatologischen Kleinchirurgie, von Kromayer 313
Eine Lanze für den Konservatismus, von Blaine 325
Eine neue Injektionsspritze, von Schifftan 395
Gedankenaustausch mit Professor Niels R. Finsen über Lichttherapie, von H. Strebel 405
Ein neuer dermatologischer Universalthermokauter, von Julius Weinberg.... 427
Ein Universalsuspensorium, von Bernstein 427
Über einen neuen Wundverband „Vulnoplast", von Benario 428
Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten, von Chotzen 451
Sonderheilstätte für Geschlechtskranke in Lichtenberg bei Berlin, von Freund 455
Eine Weihnachtsfeier im gröfsten Dirnenkrankenhause Deutschlands, von W. Hammer 468
Turbanverband, von Caesar Philip 484
Die medizinischen Geheimspezialitäten gegenüber den patentierten eigentlichen chemischen Präparaten 536
Röntgen-Nomenklatur 676

Sachverzeichnis 677
Namenverzeichnis 706

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.
Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien, von Ernst Delbanco. Tafel I 81
Beitrag zur Kenntnis der frischen Narbe nach einem papulo-tuberösen Syphilid, von Johannes Fick. Tafel II 175
Über einige Tropenkrankheiten der Haut, von Henggeler. Tafeln III—VIII . 235
Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut, von Franz von Veress. Tafel IX 429
Beitrag zur Gewinnung der Variolavaccine, von L. Voigt. Tafeln X—XIII.... 485
Über Lupus vulgaris postexanthematicus, von Franz von Veress. Tafel XIV 585

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. №. 1. 1. Januar 1905.

Saugtherapie bei Lupus.

Von

Dr. SONDERMANN-Dieringhausen.

Mit zwei Abbildungen im Text.

In seiner Monographie „Hyperämie als Heilmittel"[1] erwähnt BIER, daſs er u. a. versucht habe, Lupus, besonders die geschwürige Form desselben, mittels Hyperämie zu heilen, und zwar habe er dazu Stauungshyperämie verwandt, die durch trockene Schröpfköpfe hervorgerufen wurde. Trotzdem er die Mehrzahl seiner Fälle auf diese Weise geheilt hat, steht er doch einer ausgedehnten Anwendung dieser Therapie skeptisch gegenüber, da einerseits die Schröpfköpfe nur schwer längere Zeit zum Haften zu bringen seien und ausgedehnter Gesichtslupus sich überhaupt nicht auf diese Weise behandeln lasse, anderseits uns durch die Exzision und die FINSENsche Lichtbehandlung bessere Verfahren zur Verfügung ständen.

Schon bevor ich von diesen Versuchen Kenntnis erhielt, hatte ich mich mit der Konstruktion eines Apparates zu gleichen und ähnlichen Zwecken beschäftigt.

Grundbedingung für die Brauchbarkeit eines solchen Apparates ist, daſs er bei der Notwendigkeit, die Hyperämie über lange Zeit hin und täglich mehrmals zu erzeugen, so beschaffen sein muſs, daſs der Patient selbst ihn ohne Schwierigkeit handhaben kann. Dabei muſs die Saugkraft genügend stark und anhaltend einwirken, wie auch der Apparat an allen Körperstellen appliziert werden können.

Der Saugapparat Fig. 1[2] wird allen diesen Forderungen in ausreichendem Maſse gerecht. Er besteht aus einem von einem Hohlgummiring umrandeten Hohlkörper aus Metall, an den durch einen Schlauch

[1] Leipzig 1903.

[2] Die Apparate werden von der Firma Kühne, Sievers & Neumann, Cöln-Nippes, angefertigt.

Digitized by Google

ein Saugball angeschlossen ist. Letzterer sowohl wie Schlauch tragen je ein Ventil, wodurch die Luft beim Zusammenpressen des Balles nur nach aufsen entweichen kann.

Der Apparat läfst sich überall anwenden und seine Handhabung ist denkbar einfach. Er wird auf die kranke Stelle angedrückt und in dieser Lage durch entsprechend häufiges Zusammenpressen des Balles festgehalten; das Saugen kann beliebig lange fortgesetzt werden und läfst sich durch die Wahl des Saugballes mehr oder weniger intensiv gestalten.

Fig. 2 stellt einen ähnlichen Apparat dar, und zwar im Gebrauch, der den Zweck hat, neben dem Saugen gleichzeitig eine Berieselung des umschlossenen Bezirks zu ermöglichen. In den seitlich in den Hohl-

Fig. 1.

körper einmündenden Schlauch ist ein Glasgefäfs eingeschaltet, das durch einen Gummistopfen luftdicht abgeschlossen wird; aufserdem steht der Hohlkörper durch einen Schlauch mit einem Flüssigkeitsbehälter in Verbindung. Das entsprechende Rohr ist in der Mitte des Hohlkörpers angebracht und läuft innen in eine Brause aus. Wie in der Figur zu sehen ist, drückt die an ausgedehntem Lupus des Gesichts leidende Patientin die Maske auf die linke Wange und stellt in dem Glasgefäfs mit Hilfe des Saugballes einen luftverdünnten Raum her. Hierdurch wird in dem von der Maske umschlossenen Raum gleichfalls die Luft verdünnt, infolgedessen Flüssigkeit aus dem Irrigator in ihn eindringt und die erkrankte Hautpartie berieselt. Die Spülflüssigkeit ihrerseits wird sofort wieder in das Glasgefäfs abgesaugt.

Digitized by Google

Die Handhabung auch dieses Apparates ist sehr einfach und kann vom Patienten allein besorgt werden. Überfließen von Wasser aus dem Hohlkörper bei mangelhaftem Abschluſs tritt deshalb nicht ein, weil im selben Augenblick auch die Luftverdünnung ausgeglichen wird, und damit das Saugen aufhört.

Es ist selbstverständlich, daſs der beschriebene Apparat auch zum Saugen allein benutzt werden kann; zu diesem Zwecke schlieſst man die Verbindung mit dem Irrigator (durch einen Absperrhahn) luftdicht ab.

Der Vorteil des Apparates beruht darin, daſs die erkrankte Haut beständig berieselt und hierdurch neben der Reinigung auch ein Reiz auf sie ausgeübt wird, der zur Verstärkung der durchs Saugen entstehenden

Fig. 2.

Hyperämie dient. Trotzdem die Saugwirkung bei gleichzeitiger Spülung nicht so stark ist wie ohne diese, schien doch der Heilungsprozeſs in dem einen beobachteten Falle dadurch, daſs zwei- bis dreimal täglich auſser dem Saugen auch gespült wurde, günstig beeinfluſst zu werden. Genauere Angaben über die Häufigkeit der Anwendung werden sich erst nach gröſserer Erfahrung machen lassen.

Es wurde übrigens bei dieser Patientin die Beobachtung gemacht, daſs bei ausschlieſslicher Behandlung der beiden Wangen, die angrenzenden Partien, besonders die Nase, fast in gleichem Maſse sich ebenfalls besserten.

Nach dem Gebrauch ist der Gummiring mit Sublimat oder anderen Antisepticis sorgfältig zu reinigen.

Als Spülflüssigkeit habe ich Wasser ohne jeden Zusatz benutzt.

Digitized by Google

Durch die obigen Apparate ist für die Saugbehandlung eine einfachere und bequemere Anwendungsform geschaffen, als sie die anderen physikalischen Heilmethoden gewähren, bei denen die Hyperämie ebenfalls als wichtiger Heilfaktor verwertet wird; es ist deshalb anzunehmen, dafs hierdurch auch die Benutzung der Saugtherapie eine allgemeinere als bisher wird, und zwar nicht nur bei Lupus, sondern auch bei manchen anderen Hauterkrankungen.

Mitteilung aus dem dermatologischen Institute (Dozent Ludwig Nékám) und aus der psychiatrischen Klinik (Prof. Ernst Emil Moravcsik) der Universität in Budapest.

Über die Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva.

Von

Dr. Josef Guszman und Dr. Carl Hudovernig.

Bezüglich der Tabes-Syphilisfrage hat einer von uns in einer früheren Mitteilung[1] die Forderung geäufsert, „dafs blofs jener geringere Teil der Syphilitischen in Betracht gezogen werde, welche das sekundäre Stadium bereits überschritten haben, wegen der tertiären Symptome jedoch noch unter ständiger Kontrolle stehen". Der Grund dieser Forderung liegt in dem Umstande, dafs man nicht allzu selten syphilitische Individuen findet, bei welchen neben den Zeichen tertiärer Syphilis auch mehr oder minder ausgesprochene Symptome der Tabes dorsalis nachweisbar sind. Eine planmäfsige Durchführung dieser Anforderung bildet nach unserer Ansicht vielleicht die geeigneteste Methode im statistischen Teile der Tabes-Syphilisfrage, um auf Grund objektiver Befunde die Frage der Tabesätiologie zu entscheiden oder zumindest eine Lösung entgegenzuführen.

Sind die neueren statistischen Angaben über die syphilitische Ätiologie der Tabes auch noch so überzeugend, und neigt auch die Mehrzahl der Forscher dieser Ansicht zu, so stellt sich eine Gruppe von Forschern — unter diesen auch Autoritäten — trotz der unwiderlegbaren Daten und Motive noch immer auf die Basis schroffster Zurückweisung. Eine schroffe Negation wirkt um so überraschender, nachdem aufser der grofsen Zahl von statistischen Nachweisen auch klinische Erfahrungen, und neuerdings

---

[1] Guszman, Die Tabes-Syphilisfrage im Anschlusse an einige Tabesfälle mit manifester Syphilis. *Orvosi Hetilap.* 1902. Nr. 52. (Ungarisch.)

die pathologisch-anatomischen Befunde von SCHMAUSS, NONNE u. a. dazu beitragen, um den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes darzulegen. Die diesbezüglichen pathologisch-anatomischen Befunde jedoch sind noch zu spärlich, um einen unumstößlichen Beweis liefern zu können. Solange man bestrebt ist, den Zusammenhang von Lues und Tabes mit den bisherigen statistischen Ausweisen festzustellen, werden die Gegner der Tabes-Syphilisfrage eine ständige Einwendung vorbringen. Die Statistiken, welche die syphilitische Infektion in der Vergangenheit der Tabiker suchen, beruhen auf den Aussagen der Kranken und auf der Glaubwürdigkeit derselben; und möge eine solche Statistik noch so vertrauenswürdig sein, so kann dennoch in einem gewissen Grade der Vorwurf der Subjektivität erhoben werden, was eine ständige Waffe in den Händen der Gegner der FOURNIER-ERBschen Theorie bleiben wird.

Eben mit Rücksicht auf diesen Umstand fordern die Gegner der Tabes-Syphilistheorie eine Tabesstatistik der Syphilitischen, d. h. das Umgekehrte der FOURNIER-ERBschen Statistiken, zum Nachweise dessen, wie viele der Luetischen an Tabes erkranken? So einfach auch diese Forderung erscheinen mag, so viele Schwierigkeiten stellen sich einer pünktlichen und einwandfreien Durchführung derselben entgegen! Diese Untersuchungsrichtung besäfse nur dann einen unzweifelhaften und hervorragenden Wert, wenn es durchführbar wäre, sämtliche Syphilitischen vom Beginne der Infektion 10—15 Jahre hindurch ununterbrochen zu beobachten.

Scheinbar entspricht dieser Anforderung eine (von WERNER ausgearbeitete) Statistik GLÄSERS,[2] des Gegners der Tabes-Syphilistheorie, in welcher derselbe auf Grund seiner Zusammenstellung zur Durchführung einer Sammelforschung auffordert. Die Ergebnisse GLÄSERS sind für seinen negierenden Standpunkt jedenfalls sehr beweisend, da er unter 759 syphilitisch Infizierten, deren Nervensystem untersucht wurde, blofs einen Fall von Tabes, einen Tabesverdächtigen, und einen Fall von Taboparalyse nachweisen konnte. Doch mufs bemerkt werden, dafs dasselbe Material auch sechs Fälle von progressiver Paralyse aufwies. Die auffallend geringe Anzahl von Tabeserkrankungen würde demnach beweisen, dafs diese Erkrankung des Nervensystems selbst bei notorisch Syphilitischen nicht häufiger vorkommt. Ganz anders jedoch zeigt sich die Sache, wenn man auch die Zeit der Infektion bei diesen 759 syphilitischen Individuen in Betracht zieht; denn in 419 Fällen, also bei mehr als der Hälfte, erfolgte die Infektion innerhalb eines Jahres; im zweiten und dritten Jahre der Lues standen 144 Kranke. Bei 563 Kranken also

---

[2] GLÄSER, Vorschlag zu einer Sammelforschung usw. *Therap. Monatsh.* 1902. XVI. Heft 12. S. 609.

betrug der Bestand der Syphilis weniger als drei Jahre! Eine solche Auffassung vermag nicht die Luesätiologie der Tabes zu erschüttern, sondern höchstens das Vertrauen in den Wert wissenschaftlicher Statistiken; denn angenommen, daſs die Syphilis die einzige und alleinige Ursache der Tabes sei, so kann dennoch (auf Grund klinischer Erfahrungen und infolge Wesens der Erkrankung) nicht angenommen werden, daſs die Hinterstrangsdegeneration bereits einige Monate oder ein bis zwei Jahre nach der Sklerose auftreten kann.

Auf einer breiteren Basis steht die groſs angelegte Statistik von MATTHES,[3] welcher das spätere Schicksal der Syphilitiker erforschen will, und zwar nicht bloſs mit Rücksicht auf Tabes. MATTHES fand im Krankenmaterial der medizinischen Klinik in Jena, von 1860 bis 1900 reichend, 1250 Fälle sekundärer und 300 Fälle tertiärer Syphilis. Die Erkundigung nach dem späteren Schicksal derselben erfolgte von Amts wegen mit Zirkularen; auf diesem Wege erhielt MATTHES Nachricht über 698 Individuen (568 sekundär, 130 tertiär), von welchen 160 bereits gestorben waren. Die eingelaufenen Daten ergaben nur eine geringe Zahl von Tabes, so daſs MATTHES, sämtliche Fehlerquellen in Betracht ziehend, als ungünstigste Tabeschance der Syphilitischen 2 %, für die Männer allein 3,5 % feststellte. Unter den 698 Fällen fand sich Paralysis progressiva achtmal. Wenn auch diese höchst interessante Arbeit MATTHES' — von welcher wir bloſs die auf unser Thema bezüglichen Punkte hervorheben — ganz neue und wichtige Perspektiven für das spätere Schicksal der Syphilitischen eröffnet, kann dieselbe in der Tabes-Syphilisfrage doch nicht in entscheidendem Sinne verwertet werden, was seine Begründung in den vielen, notwendigerweise auftauchenden störenden Momenten findet, mit welchen eine derartige Untersuchung zu kämpfen hat: mangelhafte oder irrige Diagnose, eventuell erst später zum Ausbruche gelangende Erkrankung (MATTHES) usw.

Behufs Klarlegung der Ätiologie der Tabes fordert neuerdings auch DALOUS,[4] daſs sämtliche Syphilitiker bezüglich des präataktischen Stadiums der Tabes untersucht werden; DALOUS selbst bekennt sich als Anhänger der luetischen Ätiologie der Tabes. Die Schwierigkeiten der Durchführung solcher Untersuchungen wurden bereits eingangs dargelegt.

Der Zweck unserer eigenen Untersuchungen war, bei den Syphilitikern nach Tabessymptomen zu forschen; einerseits um den bereits eingangs erwähnten Anforderungen zu entsprechen, anderseits um über ein einheitliches Material verfügen zu können, haben wir bloſs klinisch pünktlich

---

[3] M. MATTHES, Statistische Untersuchungen über die Folgen der Lues. *Münch. med. Wochenschr.* 1902. Nr. 6 u. 7.

[4] DALOUS, Les accidents syph. pendant le tabes. *Revue de médec.* 1904. 10. I.

klargelegte Fälle von tertiärer Lues, bei welchen keinerlei diagnostische Schwierigkeiten bestanden, zu unseren Untersuchungen benutzt. Da die ätiologischen Verhältnisse der Tabes durch die bisherigen Statistiken bereits in eine entschieden positive Richtung gelenkt wurden, schwebte uns die Frage vor Augen, wie sich die Verhältnisse gestalten, wenn nach einheitlichem Plane durchgeführte Untersuchungen entgegengesetzter Richtung die Frage beleuchten. Unzweifelhaft schien es uns, dafs die Tabes-Syphilisfrage als entschieden anzusehen wäre, wenn Untersuchungen dieser Art den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis ebenfalls bestätigen würden.

Unsere Untersuchungen erfolgten in folgender Weise: Die Kranken entstammen aus dem reichlichen Krankenmateriale des dermatologischen Institutes; nachdem bei denselben die tertiäre Syphilis in unzweifelhafter Weise festgestellt und sämtliche anamnestische Daten, sowie die eventuell vorhergegangene antiluetische Behandlung klargelegt wurden, erfolgte die Untersuchung des Nervensystems in der psychiatrischen Klinik. Mit wenig Ausnahmen wurden die Kranken längere Zeit hindurch beobachtet, wodurch wir einerseits die Erfolge der antiluetischen Behandlung verfolgen, anderseits die Untersuchung des Nervensystems wiederholt vornehmen konnten. Unsere Untersuchungen erstreckten sich vom Jahre 1903 bis Sommer 1904 und beziehen sich insgesamt auf 50 Kranke. Nachdem in der Ätiologie der progressiven Paralyse der Lues eine gleiche Bedeutung zukommt wie bei der Tabes, waren wir bei der Untersuchung des Nervensystems der tertiär-luetisch Kranken in gleicher Weise auf die Symptome der Paralyse bedacht; und selbstverständlich mufsten wir wegen der vorkommenden Kombination dieser beiden Erkrankungen auch auf Taboparalyse unser Augenmerk richten.

Wie erwähnt, betrug die Gesamtzahl unserer Kranken 50. Das reichliche Ambulatorium des dermatologischen Institutes hätte in der Zeit unserer Untersuchungen gewifs mehr Fälle tertiärer Lues ergeben, wenn nicht verschiedene Umstände diese relativ kleine Zahl verursacht hätten. Ein Teil der Tertiär-Luetischen entzog sich aus mancherlei Gründen der neurologischen Untersuchung, oder war trotz mehrfacher Aufforderung zu einer wiederholten Untersuchung nicht zu bestimmen; diese letztere Gruppe entfiel daher auch für uns. Schliefslich findet die geringe Zahl der tertiären Kranken eine Erklärung in der individualisierten, chronisch intermittierenden, antiluetischen Behandlungsweise des dermatologischen Institutes, weshalb die seit Beginn ihrer Krankheit unter ständiger Beobachtung stehenden Kranken nur sehr vereinzelt tertiäre Manifestationen aufweisen; gleiche Erfolge betonen Fournier, Marschalkó, Lion, Neumann u. a. Endlich konnte die Zahl unserer Kranken keine besonders grofse sein, da wir blofs solche tertiäre Kranke in den Rahmen unserer

Digitized by Google

Untersuchungen einbezogen haben, bei welchen seit der luetischen Infektion mindestens drei Jahre verstrichen waren; dies hielten wir uns vor Augen, da bekanntlich in allen Fällen von Tabes oder progressiver Paralyse, wo die Syphilis in der Anamnese unzweifelhaft nachweisbar war, die Erkrankung des Nervensystems erst einige (3—6—10) Jahre nach der Infektion auftrat. Es ist somit klar, daſs — vorausgesetzt, daſs die Syphilis die allgemein anerkannte Ursache der Tabes wäre — mehrere Jahre verstreichen müssen, ehe der Kranke von der Sklerose bis zum präataktischen Stadium gelangt. Aus diesem Grunde nahmen wir als unterste Grenze des Bestehens der Syphilis drei Jahre an, weshalb wir nur solche tertiäre Fälle untersuchten, bei welchen die Infektion vor wenigstens drei Jahren erfolgte. Diese Fälle nun, insofern diese nicht aus oben erwähnten Gründen entfielen, haben wir ohne Rücksicht auf Alter, Geschlecht usw. einer eingehenden Untersuchung unterzogen. In jenen Fällen, wo die Anamnese den Zeitpunkt der Infektion nicht genau feststellen lieſs, trachteten wir, denselben auf Grund anderer Umstände (Aborte, Behandlung, Art der tertiären Erscheinungen usw.) festzustellen.

Wie bereits erwähnt, haben wir dadurch, daſs wir bloſs tertiäre Syphilisfälle mit mehr als dreijähriger Krankheitsdauer untersuchten, die Zahl unserer Kranken bedeutend verringert; denn es ist zweifellos, daſs der Tertiärismus keinesfalls immer eine „späte“ Erscheinung der Syphilis ist, welche der Infektion erst nach Jahren folgen kann. Diesbezüglich haben die neueren groſsen Statistiken über tertiäre Syphilis (Fournier, Hirschfeld, Marschalkó, Lion u. a.) dargelegt, daſs der Tertiärismus in der Mehrzahl der Fälle der Infektion viel rascher folgt, als bisher angenommen wurde. Diese Statistiken haben dargelegt, daſs der Tertiärismus in den meisten Fällen bereits zwei bis drei Jahre post infectionem auftritt, und Ehlers[5] hat die gröſste Zahl der tertiären Fälle im zweiten Jahre gefunden. Die relativ geringe Zahl unserer Kranken vermögen wir nicht als Nachteil zu betrachten, denn die kombinierten Untersuchungen schlieſsen ab ovo groſsen Untersuchungsserien aus; anderseits müssen wir eben im Interesse der Genauigkeit eine von denselben Untersuchern nach denselben Prinzipien durchgeführte Untersuchungsreihe einer solchen vorziehen, welche sich wohl auf Jahrzehnte erstreckt, aber mit verschiedener, ungleichmäſsiger Pünktlichkeit, und oft von verschiedenen Prinzipien geleitet, gesammelt wurde.

Unter unseren 50 Kranken fanden sich 24 männlichen, 26 weiblichen Geschlechtes; da mit Ausnahme jener Vajdas, sämtliche Tertiär-Syphilis-Statistiken ein Plus von Männern aufweisen, so können wir hierin bloſs einen Zufall erblicken.

---

[5] Ehlers, Neue Statistik über 1501 Fälle von tertiärer Syphilis. Verhandl. d. Deutsch. dermatol. Ges. IV. Kongreſs. Breslau 1894. S. 301—310.

Digitized by Google

Das Alter unserer Kranken schwankte zwischen vier Jahrzehnten, die Jüngsten 24-, die Ältesten 64jährig. Einen leichteren Überblick über das Alter gewährt Tabelle I.

Tabelle I.

Alter der untersuchten Kranken	Männer	Frauen	Totale
20—24	—	3	3
25—29	1	3	4
30—34	5	4	9
35—39	5	3	8
40—44	7	4	11
45—49	3	2	5
50—54	—	5	5
55—59	3	—	3
60—64	—	2	2
Totale	24	26	50

Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, daſs die Mehrzahl unserer Kranken (38%) im Alter von 35 bis 44 Jahren stand.

Von Wichtigkeit erschien uns auch die Frage, welcher spezifischen Behandlung unsere Kranken bis zum Auftreten der tertiären Erscheinungen unterworfen waren? Diese Frage erschien uns zweifach wichtig: einesteils, um die Übereinstimmung mit jener allgemeinen Erfahrung zu erforschen, wonach die Mehrzahl der Tertiär-Syphilitischen keine oder bloſs eine mangelhafte antiluetische Behandlung genossen haben; anderenteils, um die gewonnenen Befunde mit dem Zustande des Nervensystems vergleichen zu können. Zum leichteren Überblicke haben wir unsere Kranken in vier Gruppen eingeteilt, je nachdem dieselben die antiluetische Behandlung überhaupt nicht, kaum, mäſsig oder hinreichend durchgeführt haben. Bei dieser Einteilung hielten wir uns an das Prinzip Neissers, und haben bloſs jene als hinreichend behandelt bezeichnet, welche die sog. chronische intermittierende Kur planmäſsig durchgeführt haben.

Tabelle II.

Bisherige antiluetische Behandlung	keine	kaum	mäſsig	hinreichend
Männer	6	10	5	3
Frauen	17	5	1	3
Totale	23	15	6	6

Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, dafs nahezu die Hälfte unserer Kranken (23, i. e. 46 %) bisher überhaupt nicht antiluetisch behandelt wurde, und dafs demgegenüber blofs sechs Kranke (12 %), hinreichend behandelt wurden. Auffallend ist noch, dafs zirka zwei Drittel der weiblich Kranken (65,6 %) bisher ohne jede spezifische Behandlung geblieben sind.

Auch eine Zusammenstellung des Zeitraumes von der syphilitischen Infektion bis zur Zeit unserer Untersuchungen erschien uns sehr instruktiv und gerade vom Standpunkte unserer Untersuchungen sehr wichtig. Wie bereits weiter oben dargelegt, gelang dies nicht in allen Fällen.

Tabelle III.

Dauer der Infektion in Jahren	Männer	Frauen	Totale
3—5	4	2	6
6—10	11	7	18
11—15	3	4	7
16—20	3	1	4
21—25	2	1	3
26—30	1	—	1
Summe	24	15	39

Dauer der Infektion nicht genau nachweisbar bei 11 Frauen, d. h. in 22 % der Gesamtfälle (blofs auf die weiblichen Kranken bezogen bei 42,30 %).

Bemerkenswert erschien uns, dafs fast die Hälfte unserer weiblichen Kranken (42,30 %) von ihrer syphilitischen Infektion bisher keine Kenntnis hatte, obwohl diese Zahl keineswegs als übergrofs erscheinen kann, wenn man in Betracht zieht, dafs z. B. Lion in seiner grofsen Statistik über tertiäre Syphilis 76 % nachwies!

Eine Durchsicht der tertiär-syphilitischen Affektionen unserer Kranken ergibt folgende Resultate: Die tertiären Manifestationen bezogen sich in der überwiegenden Zahl der Fälle auf die Haut, was mit Rücksicht darauf, dafs dieselben einer dermatologischen Ambulanz entstammen, nicht zu verwundern sein kann. Dementsprechend zeigte unser Material in 41 Fällen Hautmanifestationen, in 8 Fällen Erkrankungen der Mund-, Nasen- und Rachenpartien und in einem Falle Muskelveränderung. Es mag wohl nur einem Zufalle zuzuschreiben sein, dafs sich in dem mit den angeführten Kautelen gesammelten Materiale kein einziger Fall von tertiärer Knochenaffektion fand. Spezifische Veränderungen des Auges und Nervensystems waren aus unseren Untersuchungen ausgeschlossen,

ebenso auch die tertiären Erkrankungen innerer Organe, nachdem bei solchen diagnostische Irrtümer nicht ausgeschlossen werden können, wir aber solche im Interesse unserer Untersuchungen absolut vermeiden wollten.

Die neurologisch-psychiatrische Untersuchung dieser 50 Fälle von tertiärer Syphilis ergab folgende Verhältnisse:

Gesundes Nervensystem	22	Kranke,	i. e.	44 %
Komb. Systemerkrankung?	1	„	„	2 %
Verdächtige Fälle	4	„	„	8 %
Tabes dorsalis	12	„	„	24 %
Paralysis progressiva	7	„	„	14 %
Taboparalysis	4	„	„	8 %

Mit Hinweglassung der als gesund befundenen Luetiker haben wir unsere Beobachtungen in der nachstehenden Tabelle IV zusammengefaſst.

Nachdem wir bei unseren Untersuchungen bloſs das Verhältnis der Tabes dorsalis und Paralysis progressiva zur tertiären Lues vor Augen hielten, haben wir andere, namentlich die sogenannten funktionellen Nervenkrankheiten auſser Betracht gelassen; aus diesem Grunde haben wir die an Hysterie und Neurasthenie leidenden Individuen der Gruppe „Gesundes Nervensystem“ zugerechnet. Den „verdächtigen Fällen“ wurden solche Kranke zugerechnet, deren subjektive Klagen (wie aus Tabelle IV ersichtlich) vollkommen jenen der Tabiker entsprechen, bei welchen wir jedoch, mangels objektiver Zeichen, die Diagnose einer organischen Erkrankung des Nervensystems noch nicht stellen konnten; doch waren wir dennoch nicht in der Lage, diese Kranken den gesunden Individuen zurechnen zu können, da die charakteristischen subjektiven Beschwerden derselben den Verdacht auf einen beginnenden Krankheitsprozeſs lenken muſsten, um so eher, nachdem ihre Klagen spontan vorgebracht waren, und nicht als Bejahungen hierauf bezüglicher ärztlicher Fragen anzusehen waren, daher auch nicht den Charakter von ärztlicher Seite suggerierter Beschwerden besaſsen. Nach unserem Dafürhalten waren diese vier Fälle in die statistischen Berechnungen überhaupt nicht einbeziehbar, nachdem wir sie weder den gesunden Syphilitikern, noch der Gruppe der an Tabes oder Paralyse erkrankten Syphilitiker zuweisen konnten. Ebenso muſsten wir den einen Fall von kombinierter Systemerkrankung? von den Berechnungen ausschlieſsen (s. Fall 5 in Tabelle IV), weshalb von den 50 an tertiärer Syphilis erkrankten Individuen 5, i. e. 10 %, überhaupt entfallen, nachdem diese weder der einen, noch der anderen Gruppe zugehörig schienen. Von den verbleibenden 90 % der Gesamtzahl der Tertiär-Syphilitischen konnten wir bei 44 % keinerlei organische Erkrankung des Nervensystems nachweisen, während auf die Tabes 24 %, auf die progressive Paralyse 14 %, und auf die kombinierte Form dieser beiden 8 % entfielen; resp. die Gesamtziffer jener Nerven-

Tabelle IV.

Laufende Nummer	Name, Alter, Geschlecht	Syphil. Infektion vor wiev. Jahren erfolgt?	Bisherige antiluet. Behandlung	Manifestationen der tertiären Syphilisform und Sitz derselben	Nervensystemerkrankung				
					Dauer d. nerv. Störungen (in Jahren)	Belastung	Subjektiv	Objektiv	Diagnose
1	J. D., 26, w.	12	0	Exulceriertes subcutanes Gumma des linken Unterschenkels	1/2	+	Parästhesien, Inkontinenz, Diplopie	0	Verdächtiger Fall
2	J. F., 43, m.	17	0	Papulo-squamöses Syphilid der Nase und oberen Lippe	1/2	?	Diplopie, Inkontinenz	0	"
3	K. P., 60, w.	—	0	Serpiginöse, zum Teil zerfallene Hautgummata am Rumpfe	1	+	Inkontinenz, lanz. Schmerzen	0	"
4	B. Sz., 36, m.	9	mäfsig	Zungengumma	1/2	+	Inkontinenz, Impotenz, Vergefslichkeit	0	"
5	L. S., 24, w.	3	hinreichend	Myositis syphilit. des linksseitigen M. biceps brachii	1/2	?	Steifheit der Beine, lanz. Schmerzen, Parästhesien, Gürtelgefühl, Inkontinenz	Romberg, spast. Reflexe, Clonus, Hyperästhesien der Sohlen	Kombin. Systemerkrankung?
6	J. D., 47, m.	22	0	Serpiginöses papulöses Syphilid der Sacralregion	3	?	Lanz. Schmerzen, Impotenz, Blasenstörungen	Ataxie, K. bei Ik. blofs unmerklich, Ach. l. <	Tabes incip.
7	S. F., 54, m.	30	kaum	Zungengumma	3	?	Inkontinenz, Impotenz, lanz. Schmerzen	Pp. ur. r. < l., Lr. r. <, K. u. Ach. l. abgeschwächt	"
8	M. F., 64, w.	—	0	Serpiginöses papulo-squamöses Syphilid am Rumpfe	3	?	Lanz. Schmerzen, Wadenkrämpfe, Parästhesien, Crises gastriques	Pp. eng, l. > und träge, Lr. K. normal, Ach. l. 0 — Biernacki	"
9	H. Gy., 33, w.	6	0	Zerfallenes Gumma des Gaumensegels	1/2	?	Parästhesien, lanz. Schmerzen, Inkontinenz, ataktischer Gang	K. r. nur bei Ik., l. 0. Ach. l. 0. Hypaesth. der Sohlen, Biernacki	"

Digitized by Google

10	L. K., 30, w.	6	mäfsig	Papulöses Syphilid am Rumpfe	4	?	Parästhesien der Füfse, Inkontinenz, ungewisser Gang, lanz. Schmerzen	Träge Lr. Romberg, Ataxie, K. lebhaft, Ach. abgeschwächt	Tabes incip.
11	K. G., 51, w.	22	0	Serpiginöse Papeln am rechten Unterarme	17	0	Lanz. Schmerzen, Parästh., Inkontinenz, Clitoriskrisen, Rückenschmerzen	Pp. eng, Lr. l. kaum, Romberg, Ataxie, K. u. Ach. vorhanden	„
12	F L., 37, m.	6	0	Serpiginös gruppierte Papeln am Rücken und in der rechten Kniekehle	1/2	+	Inkontinenz, Impotenz, Wadenkrämpfe, sexuelle Reizzustände	L. Pp. ur. und sehr träge Lr., l. K. kaum, Ach. 0, Hypaesth. der Sohlen, Biernacki	„
13	J. M., 29, w.	12	hinreichend	Papulo-squammöses Syphilid am Rücken	2	?	Lanz. Schmerzen, Parästh., unsicherer Gang, Diplopie, Inkontinenz	Parese des r. Rect. int., träge Lr., K. lebhaft, Ach. 0	„
14	A. T., 49, w.	—	0	Gruppierte Papeln an beiden Unterarmen	1/2	?	Lanz. Schmerzen, Parästh., Inkontinenz, unsicherer Gang, Gürtelgefühl	Pp. eng, sehr träge L., Romberg, Ach. < beiderseits	„
15	T. W., 40, m.	11	kaum	Exulceriertes Gumma am rechten Handrücken	1	?	Lanz. Schmerzen, Blasen- und Sehstörung	L. Pp. <, ur. lichtstarr, r. schwache Lr., Romberg, K. kaum	Tabes
16	G. W., 43, m.	23	kaum	Zerfallene Hautgummata an der Herzgrube	6	+	Lanz. Schmerzen, Parästh., Inkontinenz, Impotenz, unsicherer Gang	Argyll-Robertson, Romberg, Ataxie, Westphal	„
17	F. Z. 38, m.	3	hinreichend	Exulceriertes subcutanes Gumma des linken Unterschenkels	1	0	Schwäche der Beine, Inkontinenz, Wadenkrämpfe	Pp. r. lichtstarr, K. atonisch, schwach, Biernacki	Tabes incip.
18	S. J., 34, w.	6	hinreichend	Exulceriertes subcutanes Gumma des rechten Unterschenkels	5	?	Migräne, lanz. Schmerzen, Parästhesien, Inkontinenz, Sprachstörungen, Vergefslichkeit, Rechenfehler	Lr. l. träge, Parese d. l. VII., K. kaum, Ach. l. 0, vergefslich, unfähig zu Rechnen	Tabo-paralysis
19	L. M., 41, m.	12	0	Serpiginöses papulo-squammöses Syphilid am Hodensacke	10	0	Kongestionen, Vergefslichkeit, lanz. Schmerzen, Parästh., Inkontinenz, Wadenkrampf	Lr. träge, Romberg, Westphal, Ach. l. 0, r. kaum, Hypalgesie	„
20	F. M., 49, w.	8	kaum	Hautgummata am Rumpfe	6	+	Vergefslichkeit, Rechenfehler, Sprachstörung, Wadenkrampf, Ataxie, Inkontinenz	Äufserst träge Lr., VII., IX. u. XI. l. paretisch, Romberg, K. kaum, Dysarthrie, Demenz	„

Digitized by Google

Laufende Nummer	Name, Alter, Geschlecht	Syphil. Infektion vor wiev. Jahren erfolgt?	Bisherige antiluet. Behandlung	Manifestationen der tertiären Syphilisform und Sitz derselben	Nervensystemerkrankung				
					Dauer d. nerv. Störungen (in Jahren)	Belastung	Subjektiv	Objektiv	Diagnose
21	L. V., 29, m.	10	kaum	Roséoles tardives an der Brust	1/2	?	Lanz. Schmerzen, Parästh., Wadenkrampf, Blasenstörung, Gürtelgefühl, Impotenz, Vergeſslichkeit	L. Bulbus atrophisch, R. Pp. lichtstarr, VII., IX. u. XI. r. paretisch, Ach. 0, Romberg	Tabo-paralysis
22	J. B., 41, w.	16	0	Papulöses Syphilid am Gesichte	3	+	Lanz. Schmerzen, Inkontinenz, Kongestionen, Kopfdruck, Sprachstörung, Vergeſslichkeit, Rechenfehler	Pp. ur., Lr. ziemlich gut, VII. l. paretisch, K. spast., Demenz.	Paralysis progress.
23	M. E., 34, w.	11	0	Zerfallenes serpiginöses papulöses Syphilid der rechten Fuſssohle	4	0	Mäſs. lanz. Schmerzen, Vergeſslichkeit, Zerstreutheit, Rechenfehler	Pp. l. < und träge Lr., K. spastisch, Euphorie, Demenz.	„
24	L. M., 36, m.	9	hinreichend	Gruppierte serpiginöse Papeln an beiden Unterarmen	3	0	Lanz. Schmerzen, Depression, Vergeſslichkeit, schwere Auffassung, Potenz abgeschwächt	Lr. l. sehr träge, K. u. Ach. gesteigert, Demenz.	„
25	L. P., 48, m.	20	kaum	Zerfallene Hautgummata der rechten Kniekehle	2	0	Lanz. Schmerzen, Parästh. der Füſse, Sprachstörung, Vergeſslichkeit	Pp. ur., die r. lichtstarr, Dysarthrie, K. u. Ach. spastisch	„
26	H. P., 40, w.	—	0	Je eine serpiginöse Gruppe von Papeln an beiden Unterarmen	1	?	Kopfschmerz, Schwindel, Inkontinenz, Vergeſslichkeit, reizbar	VII. r. und IX. l. paretisch, K. u. Ach. lebhaft, desorientiert, Demenz.	„
27	J. Sz., 52, w.	—	0	Papulöses Syphilid der linken Regio temporalis	3	0	Mäſsige lanz. Schmerzen, Vergeſslichkeit, Rechenfehler, zerstreut	Pp. eng, Lr. r. träge, VII. r. und IX. l. paretisch, K. spastisch, Demenz.	„
28	J. Ty., 43, m.	4	mäſsig	Zerfallene Papeln um den Mund herum und an der Zunge	1	?	Lanz. Schmerzen, Inkontinenz, Wadenkrämpfe, Kongestionen, Vergeſslichkeit	Lr. träge, VII. l. paretisch, Romberg, K. l. spastisch, desorientiert, Demenz., vergeſslich	„

Abkürzungen: Ach. = Achillessehnenreflex; Ik. = Jendrássikscher Griff; K. = Kniephänomen; l. = links; Lr. = Lichtreaktion; Pp. = Pupille; r. = rechts; ur. = unregelmäßig.

krankheiten, deren Verhältnis zur tertiären Lues Gegenstand unserer Untersuchungen bildete, betrug 46 %, welcher Zahl gegenüber 44 % der Fälle gesundes Nervensystem aufwiesen.

Mit Rücksicht auf jene Wichtigkeit, welche von vielen Seiten der Heredität zugeschrieben wird, hielten wir die Erforschung jener Frage für notwendig, in welchem Maße bei unseren Tertiär-Luetikern die Belastung, die angeborene verringerte Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegen äußere Schädlichkeiten in Betracht kommt? Den Begriff der hereditären Belastung haben wir in ziemlich weitem Sinne genommen, und neben den Nervenkrankheiten und Psychosen auch Apoplexie, Alkoholismus usw. sowohl der Aszendenz, als auch der Seitenglieder als belastende Momente genommen.

Bezüglich der Heredität konnten von den 50 Tertiär-Syphilitischen bloß 28 genaue und glaubwürdige Auskünfte erteilen; die übrigen waren nicht imstande, dies zu tun, so daß diese Kranken aus unserer Statistik über Heredität ausgeschlossen werden mußten. Von diesen 28 Individuen waren 15 weiblichen, 13 männlichen Geschlechtes, wodurch wir bezüglich der Geschlechter eine ziemlich identische Berechnungsbasis besaßen. Unter den 28 Individuen waren 11 erblich belastet, 17 nicht belastet; bei der Ungleichheit dieser Zahlen war natürlich die Berechnungsbasis nach dieser Richtung nicht ganz identisch.

Bei der statistischen Zusammenstellung des Einflusses der Belastung kam jene Frage in Betracht, welcher Gruppe die sogenannten „verdächtigen Fälle" zuzurechnen wären, jener mit gesundem oder jener mit erkranktem Nervensystem? Bei der Erkrankungsstatistik der von uns untersuchten 50 Syphilitiker glaubten wir diese Fälle aus den weiter oben dargelegten Gründen überhaupt ausschließen zu müssen; bezüglich des Einflusses der Heredität jedoch konnten wir die „verdächtigen Fälle" mit Recht jener Gruppe zuweisen, bei welcher das Nervensystem gerade unter dem Einflusse der Lues erkrankte, denn wenn auch eine genaue klinische Diagnose mangels objektiver Befunde derzeit nicht möglich war, so ist bei diesen Individuen eben wegen der typischen subjektiven Beschwerden dennoch eine Störung im zentralen Nervensystem anzunehmen, bei welcher die Heredität ebenfalls als prädisponierender Faktor in Betracht kommen kann. Nachstehende Tabelle veranschaulicht die Rolle der Heredität bezüglich der 28 Individuen mit genau nachweisbaren Daten über Belastung.

Nach dieser Zusammenstellung erscheint es unbezweifelbar, daß der Belastung eine große Rolle zukommt, ob nun die Tertiär-Syphilitischen an Tabes resp. Paralyse erkranken. Denn — wie ersichtlich — erkrankten von den nachweisbar belasteten Individuen, bei gleichzeitig bestehender tertiärer Syphilis 64 % an Tabes oder progressiver Paralyse, während

bei den Nichtbelasteten sich nur in 41 % der Fälle eine Erkrankung des Nervensystems nachweisen liefs. Bei den Männern erscheint dieser Einflufs der Heredität noch gröfser, denn bei diesen erkranken von den Belasteten 75 %, von den Nichtbelasteten nur 44,5 %, während für das weibliche Geschlecht sich die Verhältniszahlen auf 57 resp. 37,5 % stellen.

Tabelle V.

Tertiär-Syphilitische	Belastete		Nichtbelastete	
	gesund	krank	gesund	krank
Männer	1 = 25 %	3 = 75 %	5 = 55,5 %	4 = 44,5 %
Frauen	3 = 43 %	4 = 57 %	5 = 62,5 %	3 = 37,5 %
Totale	4 = 36 %	7 = 64 %	10 = 59 %	7 = 41 %

Wie bereits betont, läfst sich auf Grund dieser statistischen Zusammenstellung nicht leugnen, dafs der Heredität eine ganz hervorragende Rolle zufällt in dem Sinne, dafs bei bestehender Syphilis die erblich belasteten Individuen leichter an Tabes oder Paralyse erkranken. Doch vermögen wir nicht, die obigen ziffermäfsigen Ergebnisse in ihrer Vollständigkeit endgültig zu akzeptieren; erstens, weil sie sich blofs auf 28 Individuen bezieht, welche Zahl beiläufig der Hälfte der Untersuchten entspricht; zweitens, weil sich diese Zahlen nicht gleichmäfsig auf belastete und nichtbelastete Kranke beziehen, und wir demnach nicht über die gleiche Basis verfügten, um den Einflufs der zweierlei Prädispositionen beurteilen zu können. Unleugbar jedoch ist, dafs das belastete Nervensystem unter dem Einflusse der Lues leichter an Tabes oder Paralyse erkrankt.

Im Verlaufe unserer Untersuchungen waren wir auch darauf bedacht, den Zeitpunkt der syphilitischen Infektion und des Beginnes der Nervenkrankheit möglichst genau festzustellen. Als letzteren betrachteten wir jene Zeit, zu welcher der Kranke zum ersten Male die das gegenwärtige Krankheitsbild ergänzenden resp. demselben entsprechenden subjektiven Beschwerden empfand. Die zwischen syphilitischer Infektion und Beginn der Nervenkrankheit verstrichene Zeit konnten wir fast in allen Fällen genau feststellen; unsere diesbezüglichen Ergebnisse sind: Das kürzeste Intervall fand sich bei einer an Taboparalyse leidenden Frau, welche bereits ein Jahr nach der Infektion die lanzinierenden Schmerzen verspürte; das gröfste Intervall war bei einem tabischen Manne nachweisbar, bei welchem sich als erstes subjektives Zeichen Blasenstörungen, aber erst 27 Jahre nach der Infektion zeigten. In unseren

Fällen schwankte die Zeitdauer von der syphilitischen Infektion bis zum Beginn der Erkrankung des Nervensystems zwischen 1 und 27 Jahren und betrug im Mittel $7^1/_2$ Jahre; diese Zahlen entsprechen so ziemlich den Angaben von GOWERS, welcher die Grenzen dieses Intervalls mit 2—20, das Mittel mit 6—12 Jahren bezeichnet. Gleich hier wollen wir bemerken, dafs in unseren vier „verdächtigen Fällen" (charakteristische, subjektive Klagen, jedoch ohne objektiven Befund) die subjektiven Klagen erst seit 6—12 Monaten bestehen, demnach seit so kurzer Zeit, welche kleiner ist als das gewöhnliche Intervall. — Wir konnten bei den statistischen Untersuchungen unseres Krankenmaterials keinerlei Einflufs der Heredität auf eine etwaige Beschleunigung der Entwicklung der Nervensystemerkrankung nachweisen.

Zur Beantwortung jener Frage, ob die vorangegangene antiluetische Behandlung von Einflufs sein konnte auf die Entwicklung der Nervensystemerkrankung, mag die folgende Tabelle dienen.

Tabelle VI.

Bisherige antiluetische Behandlung	22 Fälle mit gesundem Nervensystem	28 Fälle mit krankem Nervensystem
keine	9 = 40,90 %	14 = 50 %
kaum	9 = 40,90 %	6 = 21,42 %
mäfsig	3 = 13,63 %	3 = 10,71 %
hinreichend	1 = 4,57 %	5 = 17,87 %

Diese Zusammenstellung, welche übrigens vermöge ihrer kleinen Dimensionen keineswegs zu endgültigen Schlüssen berechtigen kann, würde demnach darauf hinweisen, dafs sich kein besonderer Einflufs der vorangegangenen antiluetischen Behandlung auf die etwaige Entwicklung der Erkrankung des Nervensystems annehmen läfst. Ausschliefslich die obige Zusammenstellung würde sogar darauf verweisen, dafs die hinreichend behandelten Syphilitiker mehr Chancen zur Nervensystemerkrankung besitzen als die minder ausgiebig behandelten. Nachdem wir diese Frage durch unsere Untersuchung keinesfalls für gelöst betrachten können, wollen wir uns auch jeder Konklusion enthalten, und beschränken uns blofs auf die Darlegung der Ziffern.

Auch nach jener Richtung, ob die vorangegangene antiluetische Behandlung das Intervall zwischen Infektion und Beginn der Nervenkrankheit zu beeinflussen vermag, haben wir keinerlei gesetzmäfsigen Zusammenhang nachweisen können. Das kleinste Intervall, nämlich ein Jahr, fanden wir gerade bei einem hinreichend behandelten Individuum, und unter jenen, welche vorher kaum antiluetisch behandelt wurden, fand sich das gröfste Intervall: 27 Jahre, und schliefslich bei

Digitized by Google

jenen, welche bisher überhaupt nicht spezifisch behandelt wurden, ergab sich ein Intervall von 19 und eines von 13 Jahren. Als durchschnittliches Intervall ergaben sich bei den vorher nicht behandelten 8, bei den kaum behandelten 14, bei jenen, welche eine mäfsige antiluetische Behandlung genossen 3 und bei hinreichender antiluetischer Behandlung 5 Jahre.

Von ganz besonderer Wichtigkeit erschien die Frage, ob die von uns inaugurierte antiluetische Behandlung den Zustand des Nervensystems der kranken tertiären Syphilitiker zu beeinflussen vermag? Nachdem zur genauen Lösung dieser Frage nur längere Zeit hindurch fortgesetzte wiederholte Beobachtungen mafsgebend sein können, so kann unser nach dieser Richtung einwandsfrei verwendbares Material selbstverständlicherweise nur ein kleines sein. Doch vermochten wir auf Grund solcher Beobachtungen keinerlei einheitliche Befunde zu erheben; unter dem Einflusse der wegen manifester tertiärer Syphilis durchgeführten antiluetischen Behandlung waren folgende Veränderungen im Zustande des Nervensystems nachweisbar: In zwei Fällen gänzliches Verschwinden der subjektiven Beschwerden („verdächtige Fälle", ohne objektive klinische Zeichen); bei zwei Kranken hatte die spezifische Behandlung keinen Einflufs auf die Nervenkrankheit; in einem Falle erfolgte eine geringe Besserung der objektiven Symptome (okulopupilläre Zeichen, Ataxie) und in einem anderen eine weitere Entwicklung solcher (die Störungen des Pupillenreflexes wurden ausgesprochener, der Achillessehnenreflex verschwand); und schliefslich verschwanden bei einem Kranken die subjektiven Beschwerden, die Ataxie wurde geringer, doch die Störungen des Pupillenreflexes wurden ausgesprochener.

Im Anschlusse an die vorstehenden ätiologischen Untersuchungen wollen wir nur kurz zwei symptomatologische Punkte über die den Gegenstand unserer Untersuchungen bildenden Erkrankungen des Nervensystems (Tabes dors. und Paralysis progressiva) berühren: es sind dies das Primärsymptom und das Verhalten der Pupillen. Als Primärsymptom konnten wir in der überwiegenden Zahl unserer Fälle mit Erkrankung des Nervensystems zwei auch ansonsten als Primärsymptome bekannte Zeichen konstatieren; es sind dies die lanzinierenden Schmerzen der unteren Extremitäten und Blasenstörungen. Die lanzinierenden Schmerzen waren fast in allen Fällen das Primärsymptom, welchem sich in kurzer Zeit Blasenstörungen, und zwar zumeist als Inkontinenz, anschlossen.

Auffallend und mit den gewöhnlichen klinischen Erfahrungen einigermafsen in Widerspruch stehend erscheint unserer Beobachtung, dafs in den meisten Fällen schwere Störungen von seiten der Pupillen nicht nachweisbar waren, so dafs bei vielen unserer Kranken nicht so

sehr der Zustand der Pupillen als die übrigen typischen Zeichen die Diagnose begründeten. Das klassische ARGYLL-ROBERTSONsche Zeichen fanden wir bilateral nur bei einem Kranken (jahrelang bestehende Tabes), und einseitig fanden wir es auch nur bei drei Kranken (je ein Fall von Tabes, Paralysis pr. und Taboparalyse). Beiderseits gute Lichtreaktion der Pupillen fanden wir in einem Falle. Die Störungen in der Lichtreaktion der Pupillen bestanden fast immer in den verschiedenen Varianten der trägen Lichtreaktion (träge, sehr träge und kaum bemerkbare Lichtreaktion); bei 16 Kranken war diese doppelseitig, bei 6 Kranken nur einseitig. Letztere war in drei Fällen mit Lichtstarre, in zwei Fällen mit guter Lichtreaktion und in einem anderen Falle mit Atrophie des anderen Auges verbunden. Die beiderseitige träge Lichtreaktion war in drei Fällen an beiden Augen gleichmäfsig ausgesprochen, in den übrigen waren verschiedene Grade der trägen Lichtreaktion kombiniert. — Vom symptomatologischen Standpunkte wollten wir blofs diese Pupillenbefunde hervorheben, ohne damit den Beweis liefern zu wollen, dafs Lichtstarre der Pupillen nicht ein häufiges und klassisches Symptom der Tabes oder der progressiven Paralyse wäre; wir beschränken uns blofs auf den Hinweis, dafs dieses im übrigen so häufige Zeichen bei der Tabes und progressiven Paralyse der Tertiär-Syphilitischen nicht zu den Frühsymptomen zu gehören scheint, denn bei diesen Kranken äufsern sich die pupillären Störungen — wenigstens in der ersten Zeit — meist nur als träge Lichtreaktion, neben welcher die typischen subjektiven Beschwerden und die anderen sog. klassischen Symptome (WESTPHAL, ROMBERG) bereits vollkommen ausgesprochen sein können.

Zum Schlusse verbliebe noch die Beantwortung jener Frage, welcher Prozentsatz der Syphilitiker wohl Aussicht hat, an Tabes oder progressiver Paralyse zu erkranken? Wohl beziehen sich unsere Fälle nur auf späten Tertiärismus,- was aber noch kein Hindernis wäre, um die Tabes-Paralysis-Chancen sämtlicher Syphilitiker wenigstens annähernd zu bestimmen. Zu diesem Zwecke jedoch wäre in erster Reihe die Kenntnis dessen nötig, in welchem Verhältnisse der Tertiärismus zur Gesamtzahl der Syphilitiker steht. Doch bildet gerade der genaue prozentuelle Nachweis des Tertiärismus jene Schwierigkeit, welche die Beantwortung der gestellten Frage unmöglich macht. Bereits viele Autoren versuchten einen prozentuellen Nachweis des Tertiärismus, doch bestehen selbst in den Angaben für Zentraleuropa ganz gewaltige Differenzen. (Die Angaben für andere Länder oder Kontinente ergeben noch bedeutendere Differenzen; wir verweisen blofs auf unser Nachbarland Bosnien und Herzegowina, wo der Tertiärismus eine alltägliche und gewöhnliche Erscheinung der endemisch auftretenden Syphilis bildet.) Die blofse Durchsicht einiger gröfserer Statistiken ergibt schon auffallende

Unterschiede: NEUMANN bestimmt das Vorkommen des Tertiärismus mit 6,82 %, MARSCHALKÓ und LION mit 7,4 %, demgegenüber HASLUND mit 12,4 % und EHLERS sogar mit 22 %. Die Ursache dieser grofsen Unterschiede besteht — nebst anderen Momenten, welche an dieser Stelle nicht besprochen werden können — zweifellos in den hygienischen Verhältnissen der betreffenden Städte und Länder. In seinem grofsen Werke sagt MAURIAC selbst, dafs er keinesfalls bestimmen kann, wie viele Syphilitiker in das tertiäre Stadium gelangen, ob 5 oder 20; M. bezeichnet diese Zahlen als die Grenzen der Möglichkeit. Nachdem uns Tertiärismus-Statistiken für Budapest oder Ungarn nicht zur Verfügung stehen, können wir demzufolge die Häufigkeit des Tertiärismus blofs approximativ supponieren, und dies ist der Grund, weshalb wir nicht in der Lage sind, aus unseren obigen Resultaten allgemeinere Schlufsfolgerungen ableiten zu können.

Nach allem lassen sich die Ergebnisse unserer Untersuchungen folgendermafsen resumieren: Bei unseren tertiären Kranken, welche ihre Syphilis vor mindestens drei Jahren erworben haben, fanden wir gesundes Nervensystem blofs in 44 % der Fälle, hingegen Tabes dorsalis, progressive Paralyse und Taboparalyse bei 46 %, und mit Hinzurechnung der verdächtigen Fälle, bei 54 %.

Wenn wir nun in der Tabes-Paralysis-Syphilisfrage, bei Hinweglassung aller übrigen Momente, ausschliefslich obige Daten als mafsgebend betrachten, so erscheint unserer Meinung nach der enge Zusammenhang der genannten Erkrankungen des Zentralnervensystems mit der Syphilis als gewifs und unbezweifelbar. Diese unsere Ansicht vermag nur eine solche Möglichkeit zu erschüttern, welche ein ebenso häufiges Zusammentreffen der Tabes und Paralyse mit einer anderen — nicht syphilitischen — Krankheit nachweisen könnte. Die Frage, ob Tabes und Paralyse blofs durch die Syphilis bedingte, aber mit derselben nicht identische Erkrankungen des Zentralnervensystems sind oder aber nur — wie neuerdings von mehreren Seiten angenommen wird — besondere Manifestationen der Syphilis sind, wollen wir diesmal nicht untersuchen, da wir diesbezüglich noch keine entsprechend solide Basis besitzen, um positive Resultate erhalten zu können. Und dafs endlich bei der Entwicklung der Tabes und progressiven Paralyse der Belastung eine bedeutende Rolle zufällt, beweist der Umstand, dafs nach unserer Tabelle V von den neuropathisch belasteten tertiären Syphilitikern 64 %, von den nicht belasteten blofs 41 % an einer der in Betracht kommenden Nervenkrankheiten erkrankten.

Nachdem jedoch sowohl die Tabes, als auch die Paralyse exogene oder intoxikative Erkrankungen des zentralen Nervensystems sind, so kann beim Entstehen derselben der Heredität keine andere als eine prädisponierende (nach unseren Untersuchungsergebnissen entschieden die hervorragendste prädisponierende) Rolle zugeschrieben werden, und vermag die Syphilis beim Bestehen der Belastung ihre Tabes resp. Paralyse hervorbringende Wirkung viel leichter ausüben als bei einem ab ovo nicht inferiorem Nervensystem.

Aus der Praxis.

Bemerkungen über Thigenol.

Von

Dr. Iwan Bloch,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Berlin.

Ich möchte ganz kurz hier meine Erfahrungen über eine neue organische Schwefelverbindung, das Thigenol, mitteilen, nachdem ich darüber ausführlicher an anderer Stelle[1] berichtet habe.

Die Geschichte der Schwefeltherapie der Hautkrankheiten, deren Grundzüge von Unna in seinen klassischen „Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate“[2] gezeichnet wurden, stellt sich als allmähliche Ersetzung der natürlichen Schwefelpräparate durch künstliche dar, wobei sich eine gradweise Vervollkommnung dieser Präparate in bezug auf Applikation und Wirksamkeit erkennen läſst. Der Periode der rein empirischen folgte eine solche der rationellen Anwendung des Schwefels in der Dermatotherapie.

Die auf rein empirische Beobachtungen gegründete Wertschätzung des Schwefels geht bis ins Altertum zurück, sie erreichte ihren Höhepunkt in den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts, wo in Frankreich Alibert, Biett, Jadelot u. a. als begeisterte Apostel der Schwefeltherapie als eines dermatologischen Universalmittels auftraten.

Wenig bekannt ist, daſs gleichzeitig in Deutschland W. A. Haase in einer interessanten Abhandlung[3] die gleiche Ansicht von der auſser-

---

[1] *Deutsche Ärzte-Zeitung.* 1. Dez. 1904.

[2] *Monatsh. f. pr. Derm.* 1882. Bd. I. Nr. 10, 11 ff.

[3] De exanthematibus chronicis. Leipzig 1820.

ordentlich grofsen therapeutischen Bedeutung des Schwefels für die Dermatologie aussprach. Er machte auch den ersten Versuch einer rationellen Erklärung seiner Heilwirkung, indem er dieselbe auf die „desoxydierende“, die sauerstoffentziehende Natur des Schwefels zurückführte. Zwei Dezennien später wiesen SACHS und DULK in ihrem grofsen „Handwörterbuch der praktischen Arzneimittellehre“ [4] auf die antiparasitären Wirkungen des Schwefels hin.

Nachdem dann, wie bekannt, durch F. v. HEBRAS Einflufs die Schwefeltherapie der Hautkrankheiten 40 Jahre lang in den Hintergrund getreten war, unternahm es UNNA im Jahre 1882 in der oben erwähnten Abhandlung, derselben wieder zu dem ihr gebührenden Rechte zu verhelfen. Ihm verdanken wir die erste umfassende wissenschaftliche Erklärung der Schwefelwirkung, ihm auch die erste Hinweisung auf die aufserordentlich grofse Bedeutung organischer Schwefelverbindungen für eine zweckmäfsige Ausgestaltung der Schwefeltherapie der Hautkrankheiten. Als erste solche Verbindung führte er das Ichthyol ein.

In Übereinstimmung mit HAASE, offenbar ohne diesen Vorgänger zu kennen und natürlich durch wissenschaftliche Feststellungen weit über ihn hinausgehend, erwies UNNA als Hauptwirkung des Schwefels die „reduzierende“, woraus sich alle bei der Heilwirkung beobachteten Phänomene (Keratoplasie, Gefäfsverengerung usw.) ableiten liefsen. Aufserdem erkannte auch er die grosse „parasitizide“ Kraft des Schwefels und seiner Verbindungen.

Was nun die Vorzüge der organischen Schwefelverbindungen vor den anorganischen betrifft, so resultiert nach UNNA vor allem durch die festere Bindung des Schwefels in jenen eine gröfsere Reizlosigkeit, die auch Applikation bei akuten Ekzemen und Anwendung der puren Lösungen gestattet. Ferner ist eine Verbindung mit Blei und Quecksilber möglich, ohne Abscheidung von Schwefelmetall.

Wie dann UNNA weiter in seiner Abhandlung über das „Ichthyol und Resorcin“ (Hamburg 1886) ausführt, kommt den „reduzierenden“ Mitteln hauptsächlich eine die Blutgefäfse verkleinernde, daher entzündungshemmende und schmerzstillende Wirkung zu, die im Verein mit der keratoplastischen und antiparasitären Wirkung sie zu vielseitigster dermatotherapeutischer Verwendung prädestiniert. Vor allem bilden die Ekzeme, speziell die seborrhoischen Formen derselben nebst der Alopecia seborrhoica, Indikationen für die Anwendung dieser organischen Schwefelpräparate, wie UNNAS Erfahrungen mit dem Ichthyol lehrten. Obgleich diese Erfahrungen von allen Seiten bestätigt wurden und das Ichthyol infolgedessen als fester Besitz in die Dermatotherapie aufgenommen wurde,

---

[4] Königsberg 1839. Bd. III S. 1049 ff.

Digitized by Google

hat eine schon von UNNA in seiner ersten Publikation beklagte unangenehme Eigenschaft desselben zur Folge gehabt, dafs zahlreiche analoge Schwefelverbindungen dargestellt wurden, welche das Ichthyol ersetzen sollten, nämlich der intensive unangenehme Geruch, zu dem sich bei innerlicher Darreichung noch ein nicht weniger unangenehmer Geschmack gesellt.

Wenn es gelingen würde, eine dem Ichthyol in seiner Zusammensetzung und allen seinen Wirkungen gleichwertige, dabei aber geruchlose organische Schwefelverbindung auf synthetischem Wege herzustellen, so war dies a priori als ein wirklicher Fortschritt in der Schwefeltherapie der Hautkrankheiten zu begrüfsen. Seit drei Jahren liegt nun, wie ich glaube, in dem von der Firma Fr. Hoffmann-La Roche & Cie. in Basel hergestellten „Thigenol" ein solches Mittel vor.

Das Thigenol ist das Natriumsalz der Sulfosäure eines synthetisch dargestellten Sulfoöles, in dem 10% Schwefel organisch gebunden sind; es ist eine braune, sirupartige, geruch- und fast geschmacklose, in Wasser, verdünntem Alkohol und Glycerin völlig lösliche Flüssigkeit, die auf der Haut zu einer mit Wasser leicht abwaschbaren, nicht klebenden Decke eintrocknet, also alle Vorzüge des Ichthyols aufweist, ohne dessen Geruch zu besitzen.

Theoretische Erwägungen lassen die gleiche Brauchbarkeit des Thigenols bei denselben Leiden erwarten, wie sie vom Ichthyol bekannt war, und in der Tat bestätigen die praktischen Erfahrungen, unter denen ich vor allem die Erfahrungen von JAQUET und SAALFELD hervorhebe, diese Übereinstimmung der therapeutischen Erfolge.

Das Ergebnis meiner eigenen Versuche, die ich in den letzten Monaten mit dem Thigenol angestellt habe und noch fortsetze, berechtigt mich ebenfalls zu dem Urteil, dafs das Thigenol in der Tat als ein wesentlicher Fortschritt in der Schwefelbehandlung der Hautkrankheiten zu betrachten ist. Namentlich dürfte es in der Ekzembehandlung eine noch ausgedehntere Anwendung finden als das Ichthyol, da es nach meiner Erfahrung gerade bei akuten Ekzemen eine so überraschend schnelle, dabei reizlose Wirkung entfaltet, wie dies beim Ichthyol selten der Fall ist. So heilte ein akutes vesikulöses Ekzem der Wange bei einem 20jährigen Patienten, das unter Schwefelzinkpaste keine Neigung zur Besserung zeigte, binnen zwei Tagen nach Applikation einer 10%igen Thigenolpaste, die aufserdem das heftige Brennen fast momentan beseitigte. Die gleiche schnelle Wirkung des Thigenols zeigte sich in einem Falle von akutem Ekzem des Halses und Nackens bei Pediculosis capitis, wo eine 20%ige Thigenolsalbe das unerträgliche Jucken sofort und das Ekzem in wenigen Tagen beseitigte. Überhaupt dürfte das Thigenol als Antipruriginosum noch eine grofse Zukunft haben. Als Beispiel für diese schnelle, Jucken stillende Wirkung des Thigenols führe ich noch einen dritten Fall von akutem, universellem Ekzemausbruch an, der

u. a. mehrere Nächte Schlaflosigkeit infolge des intensiven Juckreizes zur Folge hatte, in welchem aber bereits in der ersten Nacht nach der Applikation einer 10%igen Thigenolsalbe das Jucken aufhörte und der ersehnte Schlaf sich einstellte.

Bei chronischen Ekzemen wirkt das Thigenol sehr günstig auf die infiltrierten Partien ein, hier kommen zweckmäßig auch pure Lösungen zur Anwendung, wie in einem Falle von rhagadiformem Ekzem der Hände, das in zehn Tagen heilte. Im allgemeinen kommt man mit einer 20- bis 40%igen Thignolsalbe bezw. Paste aus, die ich in mehreren Fällen von chronischem Ekzem, sowie bei dem so empfindlichen Skrotalekzem mit ausgezeichnetem Erfolge anwandte.

Ebenso günstig werden die seborrhoischen Zustände der Haut beeinflußt, bei der Alopecia seborrhoica hat sich mir ein 8%iger Thigenolspiritus bewährt, der eine schnelle Beseitigung der Abschuppung und des Juckens herbeiführte. Auch bei der weiteren, bekanntlich sich über Monate und Jahre erstreckenden Behandlung der Alopecie dürfte das Thigenol zweckmäßig zur Verwendung kommen,

Bezüglich der übrigen Resultate mit Thigenol bei Urticaria, Skabies usw. verweise ich auf die ausführlichere Arbeit und kann an dieser Stelle nur nochmals wiederholen, daß wir in dem Thigenol ein dem Ichthyol ebenbürtiges und wegen der erwähnten angenehmeren Eigenschaften ihm in vielen Fällen vorzuziehendes Schwefelmittel bekommen haben, das in der auf rationelle Erwägungen gestützten Therapie der Hautkrankheiten seinen Platz behaupten wird.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Dezember 1904.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Richter demonstriert
   a) einen **Primäraffekt** am Filtrum der **Unterlippe**;
   b) einen **Primäraffekt der Wangenhaut** am linken Mundwinkel, beide bei erwachsenen Männern.
2. Schmidt demonstriert
   a) eine alte Frau, der ein **Carcinom** der Stirn **durch 6 Röntgenbestrahlungen geheilt** wurde;
   b) ein kleines Kind, an dessen Wange ein erbsengroßes erhabenes **Angiom** durch zweimalige Anwendung der **Radiumkapsel zum Verschwinden** gebracht worden ist;

c) eine Patientin, deren **Gesichts-Lupus** durch Finsenlicht wenig beeinflufst, durch Röntgenbestrahlung (bis zu starker Reaktion) erheblich gebessert wurde. Doch sind auf der verheilten Stelle Gefäfsektasien und die hornigen Excreszenzen, wie man sie bei der chronischen **Röntgendermatitis** der Hände sieht, entstanden. Wegen dieser Gefahr widerrät er die Röntgenbestrahlung zur Depilation. Zur Regelung der Röntgenwirkung empfiehlt er neben dem komplizierteren Holzknechtschen **Radiometer** das einfacher anwendbare und bei Innehalten der Vorschriften nie zu einer zu starken Bestrahlung Anlafs gebende **Reagenzpapier** von Sabouraud.

3. Hoffmann demonstriert zwei Männer, deren seit Jahren bestehender **Diabetes mellitus** durch **Lichen ruber planus** kompliziert wurde. In dem einen Fall bestand der Lichen in gewöhnlicher Planusform seit einigen Monaten, im zweiten als Lichen atrophicus (nur die linke Leistengegend ist befallen) seit einem Jahr.

Diskussion: Wechselmann bemerkt, dafs der Lichen atrophicus vermutlich auf atrophischen Striae entstanden sei. Hoffmann bestätigt diese Ansicht.

F. Hirschfeld fragt, ob zur Zeit des Ausbruches eine Vergröfserung des Durstes und der Wasseraufnahme, vielleicht eine Verstärkung der Zuckerausscheidung, stattfand, doch ist kein solcher Zusammenhang trotz genauer prozentualer Kontrolle von Hoffmann bemerkt worden.

Saalfeld führt an, dafs Arsentherapie auch für Diabetes von französischen Autoren empfohlen werde.

Pinkus teilt die Krankengeschichte einer 58jährigen Frau mit, welche Diabetes mellitus und Lichen ruber planus zugleich darbot und deren Hauteruption durch Arsen und Diät zur Heilung kam.

4. Hoffmann demonstriert einen 35jährigen Mann, welcher 1899 Syphilis bekam, sich anfangs wenig mit Hg, später aber, als er 1904 ulceröse Eruptionen im Rachen bekam, viel mit Jk selbst behandelte. Im September bekam er eine ulceröse Affektion im Gesicht, welche, luesverdächtig, mit Jodkali und Salicyl-Hg-Injektionen behandelt, aber nicht gebessert wurde: Seit dem Fortlassen des Jods (November) ist eine deutliche Besserung eingetreten. Auch histologisch ist kein Zeichen, das für Lues spricht, gefunden worden (Riesenzellen, eosinophile Zellen, Epithelwucherung): Vortr. hält die Affektion für eine **tuberöse Joderuption**. Das Suchen nach Blastomyceten war erfolglos; von Spaltpilzen wurden nur Staphylokokken gefunden und gezüchtet.

Diskussion. Rosenthal berichtet über einen Fall, der ihm als Jododerma tuberosum zugesandt wurde, es handelte sich indessen um papilläre Eruptionen einer malignen Lues. Unter Hg-Salicyl-Injektionen schritt das Leiden fort, heilte aber nach wenigen Kalomelinjektionen.

5. Rosenthal demonstriert eine Frau mit **diffuser Sklerodermie** nebst Sklerodactylie, welche zugleich zwei bandförmige **Sklerodermieplaques** mit typischem Lilaring zeigt.

6. F. Lesser demonstriert einen neunjährigen Knaben mit **Pityriasis lichenoides chronica.**

7. Kromayer berichtet über **Heilerfolge bei Alopecia totalis** mit **kaltem Eisenlicht.** Der Wiederwuchs erfolgt bei der Alopecia areata vom Rande her; dementsprechend bleiben bei der Alopecia totalis runde Herde kahl, so dafs der Kopf einer frischen Alopecia areata mit vielen, erst kahl gewordenen Herden gleicht. Es handelt sich indessen bei den kahlbleibenden Herden gerade um die ältesten Stellen. Dies Verhalten spräche gegen die parasitäre Natur der Alopecia areata.

Diskussion: BLASCHKO findet den Wiederwuchs unregelmäfsig, einmal am Rande, einmal im Zentrum beginnend, nur einen Teil oder eine Hälfte wieder bedeckend, und so in allen Modifikationen. Im allgemeinen heilen die ältesten Flecke zuerst, spätere später, doch wird die Reihenfolge sehr beeinflufst durch die Intensität der Erkrankung. Therapeutisch hat er dieselben Erfolge nach Abrasieren und Einreiben von Jodvasogen gesehen.

E. LESSER bemerkt, dafs schon MICHELSON auf diese Eigentümlichkeiten des Wiederwachsens aufmerksam gemacht hat.

PINKUS erwähnt, dafs die Restitution sich nicht allein vom Rande oder vom Zentrum her einstelle, sondern zuweilen auch von einer intermediären Linie, so dafs dann im Anfang eine peripherische kahle Zone und ein kahles Zentrum besteht mit einem Haarkranz zwischen beiden.

ROSENTHAL stimmt BLASCHKO zu, dafs der Zeitpunkt der Wiederherstellung allein von der Intensität des Prozesses abhänge; eine schwach erkrankte Stelle bleibt lange nicht so lange haarlos wie eine intensiv erkrankte.

KROMAYER gibt derartige Schwankungen und Ausnahmen von der aufgestellten Regel zu.

8. HOLLSTEIN demonstriert einen 25jährigen Mann mit **narbigen, kahlen Flecken auf dem Kopfe.** Die behaarten Stellen dazwischen sind reibeisenartig rauh. Die Krankheit gehört in das Gebiet des Ulerythema sykosiforme oder Folliculitis decalvans. Im Anfang bestanden perifollikuläre Prozesse. Auf NEISSERS Anregung empfiehlt er die Röntgenbehandlung, um die Erkrankung zum Stillstand zu bringen.

Diskussion: WECHSELMANN wiederholt seine aus histologischer Untersuchung erschlossene Theorie, dafs die Narbenbildung und namentlich die Zerstörung der elastischen Fasern in diesen Affektionen die Follikel ihres Halts beraubt und einen unheilbaren Haarverlust erzeugt (cf. *Monatsh. f. pr. Derm.*, dieser Band, S. 91). Er vermutet einen Zusammenhang mit Tuberkulose.

SAALFELD hat zwei Fälle gesehen, aber nichts von Tuberkulose an ihnen entdecken können. Der eine war mit Onycholysis kompliziert.

9. WECHSELMANN demonstriert a) einen **lymphangitischen Strang** am rechten Oberarm eines Syphilitischen, der durch eine danebenliegende, blau durchschimmernde Vene mit einer Phlebitis verwechselt werden könnte. Es handelt sich um eine sekundäre Infektion;

b) einen kindskopfgrofsen **Beckenabscefs**, der in der zweiten Woche einer Blennorrhoe sich bei einem Manne entwickelt hatte. Den Ausgangspunkt hat vermutlich eine COWPERsche Drüse gebildet.

10. VON CHRISMAR demonstriert einen **papulösen Ausschlag** an den Armen eines jungen Mannes, der trotz einiger Abweichungen vom typischen Bilde von BLASCHKO und LESSER als syphilitisches Exanthem angesehen wird. Auch KROMAYER rät zum Unternehmen einer Hg-Kur. SAALFELD betont die Unterschiede von der Akne necrotica, unter deren Namen der Kranke gezeigt wurde.

11. BRÜNING demonstriert a) ein Kind, an welchem zur Zeit der Impfung an der Nase und am anderen Arm ein **Lupus disseminatus** aufgetreten ist;

b) eine alte Frau mit **idiopathischer Hautatrophie**, welche die Hände, Arme und die unteren Extremitäten bis zur Taille betrifft. An den Füfsen besteht der bei diesen Formen gewöhnliche sklerodermieartige Zustand.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band 11, Heft 11.

I. **Über Finsenbehandlung,** von O. Lassar-Berlin. Verfasser hat die von Finsen zur Milderung des Verlaufes der Variola empfohlene und erprobte Rotlichtbehandlung wiederholentlich bei den Varicellen versucht. Die schwersten Ausbrüche kamen, wenn die vom Patienten bewohnten und betretenen Räume konsequent mit dunkelroten Vorhängen verdunkelt, ebenso die Lampen mit entsprechenden Schleiern oder Gläsern versehen wurden, bald zum Stillstand. Die Blasenkrusten trockneten ein und fielen ohne Hinterlassung von Narben ab. Auch bei generalisierten Vaccineausschlägen, bei Masern und Scharlach, kurz, bei akuten fieberhaften Exanthemen von zweifellos bakterieller Natur, bewährte sich die Rotlichtbehandlung vortrefflich. Während also hier die Wirkung der aktiven Teile des Sonnenspektrums eingeschränkt oder gehemmt wird, liegt bei der eigentlichen Finsenschen Phototherapie das umgekehrte Prinzip zugrunde. Eine grofse Anzahl von Mikroorganismen, auch pathogener Art, werden durch Sonnen und konzentriertes Bogenlicht zum Absterben gebracht; es entsteht auf der Haut Hyperämie, Turgescenz, Exsudation und Blasenerhebung ohne besondere Tiefenwirkung, so dafs die Läsionen rasch wieder abheilen. —

Der Verfasser erörtert den Wert der Finsen-Behandlung bei verschiedenen Krankheiten. Unbestrittene, glänzende Erfolge hat dieselbe beim Lupus vulgaris erzielt, wenngleich bei dieser Methode die höchsten Anforderungen an Zeit und Geld, an Ausdauer und Beharrlichkeit gestellt werden. Der Mittelpunkt des Instrumentariums bleibt trotz aller empfohlenen Modifikationen doch der Finsenapparat, der den Beweis geliefert hat, dafs es möglich ist, den Lupus durch die chemischen Strahlen des Spektrums, unter möglichst weitgehendem Ausschlufs der roten Lichtbestandteile und der begleitenden Wärmebildung zum Verschwinden zu bringen. Nicht so unzweifelhaft und glänzend wie beim Lupus vulgaris ist der Wert der Lichttherapie beim Cancroid, bei der Alopecia areata, dem Lupus erythematosus. Beim flachen Gefäfsnävus erzielt die Finsenbehandlung einen besseren kosmetischen Effekt als die üblichen Mafsnahmen.

Verfasser plädiert warm dafür, dafs man den Lupus vulgaris in seinen ersten Anfängen kennen lerne und behandle, dafs aber auch das Publikum, inbesondere der ärmeren Volksklasse, darüber belehrt werde, dafs der Lupus durch Infektion mit Tuberkelgift, vielfach durch Kratzen mit den Fingernägeln, welche mit dem Gifte beladen sind, entstehe und im Beginne schon der ärztlichen Behandlung zugeführt werden müfsten.

II. **Demonstration von Paraffinprothesen bei Gesichtsdeformitäten und Gaumendefekten,** von H. Eckstein. Auf dem 5. Internationalen Dermatologenkongrefs demonstrierte Verfasser einige Patienten, bei denen er durch Injektionen von Hartparaffin Gesichtsdeformitäten und Gaumendefekte beseitigt hat. Unter anderen stellt er ein junges Mädchen vor, das eine hereditär-luetische Sattelnase hatte. 1 ccm Paraffin vom Schmelzpunkt 58° genügte, um der Patientin wieder ein normales Äufsere zu verschaffen. Dieselbe litt auch an einer hartnäckigen Ozaena.

Es wurden ihr von Dr. Fliess in die beiden unteren Nasenmuscheln Paraffin vom Schmelzpunkt 50° injiziert, und eine wesentliche Besserung des Leidens erzielt.

Bei zwei Patienten mit Hemiatrophia facialis konnte Verfasser die eingefallene Wange durch Ausfüllen einiger Stellen mit Paraffin resp. Paraffinplättchen der anderen normalen Wange annähernd gleich machen.

Verfasser hat mehr als tausend Paraffininjektionen gemacht, aber noch niemals eine Embolie erlebt, glaubt sogar, dafs solche überhaupt nicht vorkämen.

Um zu verhüten, dafs das geschmolzene Paraffin zu schnell in der Spritze oder Kanüle erstarre, genügt es, dieselbe mit einem schlechten Wärmeleiter, z. B. mit einem Stück Kautschuckschlauch zu umgeben.

Die Injektion an sich ist nach der Ansicht des Verfassers nicht schwierig, wohl aber die richtige Quantität an die richtige Stelle zu bringen. Dazu ist nötig „Ruhe, Exaktheit, Übung und gute Assistenz". *C. Berliner-Aachen.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Bd. 72. Heft 2.

I. **Nekrolog auf Heinrich Köbner**, von Wechselmann.

II. **Über die Resorption von Jod aus Jodkaliumsalben**, von Hirschfeld-Berlin und Pollio-Turin. In der Festschrift für Kaposi 1900 hatte Lion die Ergebnisse seiner Untersuchungen über „die Resorptionsfähigkeit des Jodkaliums in verschiedenen Salbengrundlagen" mitgeteilt. Der Autor war zu der Überzeugung gekommen, dafs das Jodkalium als solches, nicht aber in den Salben etwa freiwerdendes Jod zur Resorption gelange.

Im unmittelbaren Anschlufs an die Lionsche Arbeit wurden die in der vorliegenden Publikation mitgeteilten Untersuchungen angestellt. Übereinstimmend mit Lion fand Verfasser, dafs nach Applikation gröfserer Mengen von Jodkalium-Vaselin, nicht aber von Jodkalium-Lanolin oder Resorbin Jod im Urin nachweisbar war. Setzte man aber zu einer 10%igen Jodkalium-Lanolinsalbe 10% Oleum olivarum oder 10% Vaselin zu, so trat, wenn auch langsam und weniger deutlich, Resorption ein.

Im Gegensatze zu Lion konnte Verfasser auch bei Applikation geringerer Mengen von Jodkalium-Vaselin, nur wenn die Salbe länger auf der Haut verblieb, deutliche Jodreaktion im Urin hervorrufen.

So waren die nach Auftragung von 50 g 10%iger Jodkalium-Vaselinsalbe in den nächsten Tagen im Urin ausgeschiedenen Jodmengen nach der von Prof. Heffter vorgenommenen quantitativen Analyse recht beträchtliche. Bei diesen Experimenten wurde der Jodkalium-Vaselinverband 2—4 Tage auf der Haut belassen. Selbst 5%ige Salben ergaben noch positive Resultate.

III. **Über die Resorption von Jod und Jodkaliumsalben. Bemerkungen zur Abhandlung der Herren Dr. Hirschfeld und Dr. Pollio**, von A. Heffter-Bern. Verfasser zieht zur Erklärung der Abspaltung von Jod auf oder innerhalb der Haut bei der Applikation gewisser Jodkaliumsalben die bekannte Tatsache heran, dafs in Jodkaliumsalben, welche mit Schweinefett ohne Thiosulfatzusatz bereitet sind, sehr bald durch die Einwirkung der Luft Jod abgespalten wird. Es beruht dieser Prozefs darauf, dafs sich in tierischen Fetten, auch Cholesterinfetten, bei Gegenwart von Wasser und Luft in verhältnismäfsig kurzer Zeit kleine Mengen von Wasserstoffperoxyd bilden. Die Fette nehmen, besonders bei Belichtung, leicht Sauerstoff aus der Luft auf, und bei dieser Autooxydation findet eine Aktivierung des Sauertoffs statt, welcher zur Bildung von Wasserstoffperoxyd führt. Man kann nun annehmen, dafs in ähnlicher Weise das Sekret der Talgdrüsen einer Autooxydation unterliegt und sich

darin bei Anwesenheit von Wasser Wasserstoffperoxyd bildet, das im gegebenen Falle zerlegend auf Jodkalium einwirkt.

IV. **Über das Syringom**, von J. Csillag-Budapest. Die Frage, ob das Syringom oder die demselben identischen, aber in der Literatur unter den verschiedensten Namen figurierenden Tumoren epithelialen oder endothelialen Ursprunges seien, ist bis in die neueste Zeit hinein strittig geblieben.

Verfasser hatte Gelegenheit, sich mit dieser Frage an der Hand mehrerer einschlägiger Fälle zu beschäftigen. Zumeist safsen die Tumoren an den Augenlidern, nur einmal am Stamme. Es handelte sich gewöhnlich um stecknadelkopf- bis hanfkorngrofse, im Niveau der Haut sitzende oder nur wenig promenierende flache, rundliche, blafsgelbliche oder auch hautfarbene, nicht derbe, nicht glänzende Gebilde, häufig mit gelappten Rändern. Milien sind an diesen Gebilden nicht eingeschlossen.

Das histologische Bild entsprach in seinen Hauptmerkmalen dem vielfach in der Literatur beschriebenen.

Für die Frage eines epithelialen oder endothelialen Ursprunges der Tumoren waren die in Serienschnitten gemachten Befunde am Deckepithel von Belang. Die Basalschicht war hier stark pigmentiert, auch in der Papillarschicht waren verhältnismäfsig viele Pigmentzellen zu sehen: die interpapillären Epithelzapfen zeigten sich verdichtet und verlängert. Auffallend war ferner, dafs die kugelförmigen und cystösen Gebilde des Tumors zumeist in nächster Nähe des Deckepithels und regelmäfsig den verlängerten Interpapillarzapfen gegenüber lagen, so dafs zwischen ihnen eine gewisse Verbindung zu bestehen schien. Viele der Interpapillarzapfen entsandten kürzere oder längere, aus nicht differenzierten Epithelzellen bestehende Fortsätze, welche unmittelbar in die Gebilde des Tumors übergingen. Diese Verbindungen waren jedoch nur an der Oberfläche des Tumors zu sehen, niemals in den tieferen Teilen desselben. Auch dies spricht dafür, dafs der Tumor von oben, vom Deckepithel aus sich entwickelt.

In Übereinstimmung mit Philippson, Gassmann, Winkler hält Verfasser es für unzweifelhaft, dafs der Tumor keine angeborene stabile Anomalie, sondern das Produkt eines Prozesses ist, der darin besteht, dafs aus den unteren Zellreihen des Deckepithels Epithelfortsätze hervorgehen. Aus diesen vollzieht sich die Bildung der Tumorelemente. Nach einer gewissen Zeit kommt es zum Stillstand des Prozesses. Die stärkere Pigmentation der Zylinderzellen, die Verdickung und Verlängerung der interpapillären Zapfen, die aus diesen hervorgehenden Fortsätze, die Verbindung derselben mit Tumorelementen und eine gewisse regelmäfsige Anordnung der letzteren verschwinden.

Dies mag der Grund sein, weshalb hinsichtlich der Herkunft der Tumoren die Ansichten der Autoren so schroff differierten. Diejenigen, welche die Geschwülste in dem Stadium untersuchten, da der Prozefs zum Stillstand gelangt war, konnten die beschriebenen Erscheinungen nicht sehen.

V. **Zur Kenntnis der Acne teleangiectodes Kaposi (Acnitis Barthélemy)**, von Walther Pick-Wien. Der Verfasser führt an der Hand zweier Fälle den Beweis, dafs man berechtigt sei, die Acne teleangiectodes als selbständiges Krankheitsbild anzusehen und sie vom Lupus follicularis disseminatus zu differenzieren.

Der erste Fall betraf einen 65jährigen, tuberkulös nicht belasteten, auch keinerlei Anzeichen einer erworbenen Tuberkulose aufweisenden Patienten mit einer Hautaffektion, die im Gesichte begonnen und auch vorwiegend daselbst lokalisiert ist. Die Affektion charakterisiert sich durch kleine Knötchen, welche teils in Pusteln übergehen, teils durch spontane Resorption schwinden. Die letzteren hinterlassen deprimierte Narben, welche den Narben nach Acne varioliformis vergleichbar sind.

Digitized by Google

Durch das immer wieder erneute Auftreten von Effloreszenzen war der Verlauf ein eminent chronischer. Auch die Extremitäten sind fast symmetrisch, wenn auch viel schwächer als das Gesicht, befallen.

Nach Mitteilung der Krankengeschichte des zweiten Falles beschreibt Verfasser die histologischen Befunde, bespricht eingehend die Differentialdiagnose und gelangt, das Gesagte kurz zusammenfassend, zu folgenden Schlüssen:

„1. Die Acne teleangiectodes ist eine Erkrankung sui generis und nicht identisch mit dem Lupus follicularis disseminatus.

2. Die Acne teleangiectodes ist identisch mit der Acnitis (Barthélemy) und mit dieser von der als Folliklis bezeichneten Affektion zu trennen.

3. Die Acne teleangiectodes zeigt keinerlei ätiologische Beziehungen zur Tuberkulose und ist deshalb aus der Gruppe der Tuberkulome und Tuberkulide (im strengeren Sinne) loszulösen.

4. Die Acne teleangiectodes nimmt nicht von den Talgdrüsen ihren Ausgangspunkt und fällt daher auch aus dem Begriffe der Akne heraus: die hervorragende Beteiligung der Schweifsdrüsen an dem Entzündungsprozesse läfst möglicherweise diesen eine ätiologische Bedeutung zukommen."

VI. **Über Kerndegenerationen bei cutanen Entzündungsprozessen,** von Richard Volk-Wien. Im Jahre 1894 beschrieb Jadassohn in seiner Arbeit „Zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses" „unregelmäfsig fädige, bald sehr langgezogene, bald an Bindegewebsspindelkerne erinnernde Gebilde in oft dichtester Aneinanderlagerung mit bizarrsten Formen", Gebilde, die er auch bei vielen anderen entzündlichen Prozessen beobachtet und als Produkt einer schleimigen, nicht, wie Dinkler glaubt, einer fibrinoiden Degeneration angesehen hat. Unna beschrieb ähnliches unter dem Namen „Chromatotexis" (Kernschmelze), bei welcher es sich um eine in nekrotischen Prozessen durch Bakterientoxine hervorgerufene Nekrose der Kerne handeln solle, wobei Protoplasma und Intercellularsubstanz durch die gewöhnlichen Farbstoffe nicht gefärbt werden. In einem hell gefärbten Raume liegen „nebst den dunkel tingierten Gefäfssträngen auch tief tingible Chromatintropfen und Kernreste".

Verfasser hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, „die verschiedenen Hauterkrankungen auf diese pathologische Gewebsform zu untersuchen und so weit als möglich aus den Bedingungen ihres Vorkommens und aus ihren tinktoriellen Reaktionen auf ihre Genese Schlüsse zu ziehen".

Die Untersuchungen haben nun ergeben, dafs die beschriebenen Veränderungen bei fast allen, insbesondere chronischen Entzündungen der Haut auftreten können, namentlich bei solchen, welche mit einer Degeneration des Grundgewebes einhergehen. Ihre Häufigkeit variiert allerdings sehr; man sieht sie sehr oft beim Lupus erythematodes, Rotz, bei syphilitischen Produkten, besonders der sekundären Periode, seltener beim Lupus vulgaris. Verfasser fand sie ferner beim Ekzema folliculare (Morris), bei der Impetigo, im Prurigoknötchen; in Tumoren nur an solchen Stellen, wo stärkere entzündliche Infiltrationen vorhanden waren.

Auch experimentell konnten beispielsweise durch mehrmaliges Einreiben eines Kaninchenohres mit Krotonöl ähnliche Gebilde hervorgerufen werden. Ebensowenig wie bei einer bestimmten Krankheit findet man diese Formen im Zusammenhang mit einer bestimmten Zellform. Man trifft sie in allen möglichen Zellanhäufungen, z. B. von Plasmazellen, polynukleären Leukocyten, Bindegewebszellen, im entzündlichen, kleinzelligen Infiltrat usw. an.

Verfasser bespricht eingehend unter Berücksichtigung der einschlägigen Arbeiten die Pathogenese der Gebilde. Er gelangt auf Grund seiner Untersuchungen dazu, dieselben für Kerndegenerationen zu halten. Für diese Annahme spricht die aus-

gesprochene Affinität zu Kernfarbstoffen, die Gleichmäfsigkeit der Färbung, wobei Chromatinfiguren nirgends mehr nachweisbar sind, ferner das Auftreten im kernreichen Gewebe, oft so zahlreich, dafs alle normalen Kerne verschwinden.

VII. **Hämochromatosis der Haut und Bauchorgane bei idiopathischer Hautatrophie mit Erythrodermie,** von B. Kreissl-Wien. Der Verfasser beschreibt die Krankengeschichte eines 67jährigen Patienten, der seit sechs Wochen an Atembeschwerden und Husten, seit drei Wochen an Herzklopfen und Brechneigung litt. Seit zwei Jahren bestanden die Hautveränderungen. Die Haut zeigte im allgemeinen einen gelb- bis dunkelbraunen, an Morbus Addisonii erinnernden Farbenton, eine auffallende, atrophische Beschaffenheit, starke Trockenheit und teils kleienförmige, teils gröbere Schuppung. Die Schleimhäute waren nicht pigmentiert, die Sensibilität überall normal.

Der Patient starb an den Erscheinungen der Herzinsuffizienz.

Die mikroskopische Untersuchung von exzidierten Hautstückchen ergab Befunde, durch welche hervorging, dafs es sich im vorliegenden Falle „um eine chronische Entzündung der Haut mit Ausgang in Atrophie handelte, welche mit einer Hämochromatosis der allgemeinen Decke und der inneren Organe verbunden war". Der Atrophie entsprachen histologisch die mehr oder weniger verdünnten Hautschichten, die verschmälerten oder ganz fehlenden Papillen, die verschmälerten und rarefizierten elastischen Fasern. Die auffallende Färbung der Haut rührte von einem Pigmente her, das Eisenreaktion gab und gröfstenteils in verästigte oder spindelige Zellen eingeschlossen war. Dieser Befund unterstützt jene Annahme, dafs das Pigment dieser Zellen vom Blutfarbstoffe abstammt.

Die in der Haut gefundenen Infiltrate, die reichlich vorhandenen Mastzellen und die erweiterten Blutgefäfse sprechen für einen chronischen Entzündungsprozefs.

Klinisch lag ein Fall von diffuser idiopathischer Hautatrophie vor, welche von Erscheinungen der Erythrodermie begleitet war.

VIII. **Ein Beitrag zur Kasuistik der Mykosis fungoides Alibert,** von W. Krasnoglasow-Moskau. Der 78jährige Patient erkrankte im Jahre 1901 mit einem Ekzem der Hände und Finger, das 1½ Jahre dauerte. Einige Monate nach Ausbruch desselben entwickelte sich auf der Stirn, über dem Nasenansatz eine zweifingerbreite Geschwulst und eine kleinere auf dem linken Nasenflügel. Beide Geschwülste vergröfserten sich und vereiterten rasch. Anfang des Jahres 1902 traten auf der Haut des Rumpfes, der oberen und unteren Extremitäten borkige Stellen auf.

Das Geschwür an der Stirn zeigt derbe, gezackte, wallartig den Geschwürsboden überragende Ränder, ist mit gangränösen Massen bedeckt und sondert ein spärliches, seröses Sekret ab. Die borkigen Stellen erinnern an Rupia syphilitica. Die Anamnese ergibt jedoch keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis, ebenso war auch die probeweise eingeleitete Jodkur ohne jeden Erfolg.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose.

Für Mykosis fungoides sprechen die in dem Verlaufe des Falles deutlich ausgesprochenen drei Stadien der Krankheit: 1. das erythematöse und ekzematöse Stadium; 2. das lichenoide Stadium, charakterisiert durch Entwicklung flacher Infiltrate oder Infiltrate in Knotenform, von Gerstenkorn- bis Bohnengröfse, welche durch Resorption schwinden; 3. das mykofungoide Stadium, gekennzeichnet durch Bildung mehr oder weniger grofser Geschwülste, welche an Paradiesäpfel erinnern, durch die Neigung zu schnell eintretender Vereiterung mit Zerfall, aber zur Entwicklung von papillären oder fungösen Wucherungen auf solchen ulcerierten Knoten.

Diese Befunde veranlassen den Verfasser, den vorliegenden Fall als Mykosis fungoides Alibert oder als Granuloma fungoides nach Auspitz zu deuten.

IX. **Über eine eigenartige Form rezidivierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten,** von A. Buschke - Berlin. Verfasser macht weitere Mitteilungen über den in Bd. 39, S. 587 der *Monatsh. f. pr. Derm.* referierten Fall. Dem Patienten wurde wegen thrombophlebitischer Gangrän der Zehen der rechte Fuſs amputiert. Somit hatten die sich wiederholenden Attacken doch schlieſslich zu dauernder Thrombose mit Gangrän geführt. Allerdings ist damit das Leiden nicht aufgeklärt. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XV. Heft 8—10.

Über Darmblasenfisteln infolge von Darmdivertikel, von W. Heine. Zu den sieben bisher publizierten Fällen von Blasendarmfisteln nach Darmdivertikeln bringt Verfasser einen akuten, von ihm beobachteten hinzu. Die Patientin, 59 Jahre alt, litt seit längerer Zeit an hartnäckiger Obstipation und Blasenbeschwerden; später bemerkte sie den Abgang von Flatus und Kotpartikelchen durch die Urethra. Die Probelaparotomie ergab, daſs die Blase rechts mit der sehr langen und stark verlagerten Flexura sigmoidea, die an dieser Stelle in einen harten, festen Tumor verwandelt war, verwachsen war; der Tumor wurde als Carcinom aufgefaſst, ein Stück exzidiert und die Wunde geschlossen; da das exzidierte Stück ergab, daſs es sich um ein Divertikel handelte, wurde wiederum laparotomiert, die Verwachsungen zwischen Blase und Darm getrennt und die Defekte in beiden Hohlorganen sorgfältig genäht. Heilung. Verfasser bespricht sodann noch ausführlich die Pathologie der Blasendarmfisteln.

Urethroskopischer Beitrag, von P. Asch. Verfasser beobachtete bei einer Reihe von Patienten mit chronischem Tripper, die er mit dem Rollmann-Valentineschen Urethroskop untersuchte, in der Pars membranacea und bullosa, auch in der Pars cavernosa 2—5 mm lange, 1—2 mm breite Rhagaden in der Richtung der Achse des Penis, die er nicht als Artefakte ansehen kann. Denn diese Patienten waren vorher nie instrumentell behandelt. Verfasser glaubt, daſs es sich um Epithelpartien handelt, die infolge mangelhafter Blutzufuhr in ihrer Ernährung beeinträchtigt sind. Verfasser betupft zur Heilung diese Rhagaden anfangs einige Male mit Jodtinktur und bringt sie dann durch Berührung mit Suprarenim rasch zur vollkommenen Heilung. Adrenalin hatte zu diesem Zwecke versagt. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte für Urologie.

1904. Band IX, Heft 10.

Über ein paraurethrales Fibrom mit Einschluſs einer Cyste (Cylinderepithel), von Mankiewicz. (Mit einer Tafel.) Bei dem 19jährigen Arbeiter war an der linken Lippe der Harnröhrenmündung eine kirschkerngroſse, durchsichtige „Blase“ vorhanden; nach der mit der Schere vorgenommenen Exzision und Einbettung des Präparates in Formalin, Färbung mit Hämatoxylin und Behandlung in Paraffin zeigte es sich, daſs es sich um eine mit mehrfach geschichtetem Cylinderepithel ausgekleidete buchtige Höhle in einem fibrösen Tumor der Harnröhrenmündung beim Manne handelte. Zur Erörterung der Frage nach der Natur dieses Gebildes resp. dieser Höhle gibt M. eine kurze Übersicht über die bisher veröffentlichte Literatur der accessorischen Gänge des Penis und die Einteilung derselben. Wenn auch diese vergleichende Betrachtung keinen sicheren Aufschluſs über die Art und den Ursprung des berichteten Falles gibt, so ist doch mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daſs es

sich hierbei um eine Art Dermoid handelt, und dessen kongenitale Entstehung durch Zellabsprengungen nicht von der Hand zu weisen ist. M. faſst seinen, in der Literatur noch einzig dastehenden Fall als ein Fibrom der Harnröhrenmündung auf, das einen mit Cylinderepithel ausgekleideten, buchtigen, wahrscheinlich mit der äuſseren Haut kommunizierenden Gang einschlieſst.

Beitrag zur Frage der Behandlung der impermeablen Harnröhrenstrikturen. Drei Fälle von Sectio alta und zwei Fälle von Urethrostomia perinealis, von W. J. Lissjanski - Saratow. Da sich herausgestellt hat, daſs nach der Exzision der Striktur die entstehende Narbe zwar oft kleiner als die ursprüngliche Ursache der Verengerung ist, aber immerhin in den meisten Fällen noch die Fähigkeit hat, das Lumen der Harnröhre zu verengern und es nur gelingt, durch langdauernde Bougierung dasselbe in genügender Breite zu erhalten, so erklärt Verfasser als die einzig rationelle Methode der Strikturenbehandlung die Bildung eines Schleimhautüberzugs an der Stelle des Harnröhrendefekts (durch Zusammennähen des peripheren und zentralen Endes der Harnröhre oder durch wirkliche Transplantation eines Schleimhautlappens). Es gibt aber noch eine Anzahl weiterer Eingriffe, die nicht gegen die Striktur selbst gerichtet sind, sondern bezwecken, dem Harn durch Anlegung einer Öffnung oberhalb der Symphyse (Sectio alta) oder in der Harnröhre hinter der Striktur (Urethrotomie) einen temporären bezw. dauernden Abfluſs zu verschaffen. Durch die Sectio alta soll es gelingen, die Infiltrate zur Resorption zu bringen und durch Lockerung des Gewebes die impermeablen Strikturen durchgängig zu machen; auch dient diese Operation zur sekundären Urethrotomie und Bougierung wie zur retrograden Katheterisation behufs Auffindung des zentralen Endes der Harnröhre bei Verletzungen, Strikturen usw. Die Urethrostomia perinealis ist eine verhältnismäſsig neue, von Poncet zum ersten Male im Jahre 1899 vorgeschlagene Operation und besteht in kurzem darin, daſs mittels gewöhnlicher Perinealinzision die Striktur exstirpiert, das zentrale Ende der Harnröhre in einer Ausdehnung von 8—10 mm gespalten und an die Haut mittels sechs Nähten angenäht wird, während das periphere Ende der Harnröhre durch Naht zusammengezogen wird. Die Urethrostomie ist auſser bei ausgedehnten frischen Verletzungen am Damme zur Verhütung der Harninfiltration und bei solchen der Harnröhre, wenn es unmöglich ist, die Enden derselben durch Naht zu vereinigen, in veralteten Fällen von Striktur indiziert, besonders, wenn es sich um Leute in höherem Lebensalter handelt oder die Sondierung der Harnröhre groſse Schmerzen und Fieber verursacht. In seinen Fällen ist L. insofern von den Regeln Poncets abgewichen, als er das peripherische Ende der Urethra mittels Naht nicht zusammenzog und nach Spaltung der unteren Wand des zentralen Endes der Harnröhre die Schleimhaut an Hautlappen annähte, welche an beiden Seiten der Wunde ausgeschnitten und in die Tiefe der Wunde versenkt wurden. Was die Resultate betrifft, welche L. in 14 Fällen von äuſserer Urethrotomie hatte, so waren sie nicht sehr trostreich, indem fast bei sämtlichen Patienten Fisteln zurückgeblieben sind, welche Harn in mehr oder weniger bedeutender Menge durchlieſsen; auſserdem ist die unbedingt notwendige lange fortgesetzte Bougierung für manche Leute, besonders Unbemittelte, ein Ding der Unmöglichkeit. Für diese Fälle von vernachlässigten Strikturen, jedoch nur bei Leuten im höheren Lebensalter, empfiehlt L. die Urethrostomia perinealis; letzteres deshalb, weil sie die Zeugungsfähigkeit vernichtet (der Samen wird durch die Perinealöffnung herausgeschleudert) und die Erektionsfähigkeit zwar nicht herabsetzt, aber zuweilen schmerzhaft macht. Eine weitere unangenehme Folge der Operation ist, daſs der Patient eine hockende Stellung zum Urinieren einnehmen muſs, da es ihm stehend zu unbequem ist. In den beiden, eingehend beschriebenen Fällen L.s handelte es sich um einen 50- resp. 48jährigen Patienten mit hochgradigen Strikturen, in den Fällen

von Sectio alta um einen 47jährigen und einen 20jährigen Mann, wo je trotz äufseren Harnröhrenschnitts das zentrale Ende der Harnröhre nicht gefunden werden konnte, und einen fünfjährigen Knaben, wo nach einer Steinextraktion eine Fistel mit zeitweise vollständiger Harnentleerung zurückgeblieben war; der Hauptzweck der Operation, Entfernung des kallösen Gewebes und retrograde Katheterisierung, gelang in allen Fällen. *Stern-München.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Bd. I, Heft 5.

Der aseptische Katheterismus, von G. Brendel - Würzburg - Bad Kreuznach. Von allen Mitteln zur Sterilisierung der Katheter empfiehlt B. als das beste den nach Viertels Angaben konstruierten Grosseschen Dampfsterilisator. Nach Untersuchungen im Münchener hygienischen Institut wurden die Katheter in dem Apparat nach neun bis zehn Minuten völlig steril und verblieben auch, in dem Apparat aufbewahrt, völlig steril. Als Gleitmittel ist das Caspersche Katheterpurin (Hydrarg. oxycyanat. 0,246, Tragacanth 30, Glycerin. puriss. 3,0, Aq. dest. 100,0) zu empfehlen.

Die Frage der Wertung der Anamnese in der Syphilis - Diagnose, von Orlipski-Halberstadt. Enthält nichts Neues.

Über Jodtherapie, von M. Höfler-Bad Tölz. Die Arbeit enthält eine Reihe von Einzelheiten über die Wirkungen, namentlich des Jodnatriums und des Tölzer jodhaltigen Wassers, sowie des Jodipins, wie Verfasser dieselben in 31jähriger Badepraxis beobachtet hat, ist aber im Referat nicht gut wiederzugeben.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Vertun-Berlin. Verfasser bespricht die Diskussion in der Generalversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten über den § 4 (Schutzmittel) des Merkblattes und erwähnt eine Entscheidung des Reichsgerichts, in welcher ein Fabrikant wegen öffentlicher Anpreisung von Schutzmitteln in Gemäfsheit des § 184[3] der lex Heintze verurteilt wurde, weil die Gegenstände „zu unzüchtigem Gebrauch bestimmt“ waren. Diesem Paragraph gemäfs könnte die D. G. B. G. auch in Anklagezustand versetzt werden. Auf der anderen Seite mufs aber dem Rechnung getragen werden, dafs der aufsereheliche Geschlechtsakt in ausgedehntem Mafse ausgeübt wird, und dafs kein Gesetzgeber die Macht besitzt, dieser Erscheinung ein Ende zu machen.

Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörung, von W. Hammer-Berlin. Verfasser wendet sich gegen Satz 1 des Merkblatts der D. G. B. G.: „Enthaltsamkeit im geschlechtlichen Verkehr ist nach dem übereinstimmenden Urteil der Ärzte ... in der Regel nicht gesundheitsschädlich.“ Er hält das Vorhandensein von Nachteilen bei einer lange anhaltenden geschlechtlichen Enthaltsamkeit für einwandfrei erwiesen, und zwar nicht als seltene Ausnahmefälle. An zwei Bildnissen Luthers von L. Cranach, das eine vor, das andere nach der Verheiratung, demonstriert er eine wesentliche günstige Veränderung des körperlichen Befindens im Eheleben.

Der Kampf gegen die Prostitution in New York, von Anna Pappritz-Berlin. In New York ist die Ausübung der Prostitution dem Gesetze nach ein strafbares Delikt. Natürlich steht trotzdem das Gewerbe dort in üppigster Blüte. Der kürzlich erschienene Bericht einer speziellen Kommission spricht sich dahin aus, dafs weder die Bestrafung noch das Prinzip des Laissez-faire, noch die Reglementierung eine Verminderung des Übels gewährleiste. Letztere Mafsregel verstöfst auch zu sehr gegen die freiheitlichen Anschauungen der republikanischen Bürger. Die Kommission will

durch soziale Reformen die Ursachen der Prostitution beseitigen und durch Eindämmung der öffentlichen Ausschreitungen und Verführungen durch eine geeignete Sittenpolizei wirken und durch Aufklärung und freie Behandlung die Krankheiten bekämpfen.

Heft 6.

Vom VII. französischen Urologenkongreſs.

Die Urogenitaltuberkulose, von G. Berg-Frankfurt a. M. Bei der Diskussion über diesen Gegenstand trat Albarran lebhaft für eine möglichst frühzeitige Exstirpation tuberkulös erkrankter Nieren ein. Eine Spontanheilung durch Obliteration des betreffenden Ureters hält er für ein durchaus nicht häufiges Vorkommnis. Bei seinen 60 Nephrektomien hat er dieselbe nur ein einziges Mal vollständig ausgebildet gefunden.

Bernard hält auch das konservative Verfahren für bedenklich, weil die Spontanheilung nur auſserordentlich langsam und unter der fortdauernden Gefahr einer Gesamtintoxikation vor sich gehe.

Letur dagegen bezeichnet es als nicht gerechtfertigt, eine so schwere Operation gleich von vornherein vorzunehmen, da doch die Möglichkeit einer Spontanheilung, wie aus den ganzen Verhandlungen hervorgegangen ist, gegeben sei. Im Anschluſs hieran berichtet Berg ausführlich über einen von ihm beobachteten Fall von Blasentuberkulose mit hochgradigen subjektiven und objektiven Erscheinungen bei einer 25jährigen Fernsprechgehilfin, welche vor acht Jahren erkrankte, bei symptomatischer Behandlung indessen so weit wieder hergestellt wurde, daſs sie seit fünf Jahren ihren Dienst wieder versieht. Auch ein zweiter seit 1898 beobachteter Fall von mikroskopisch und kulturell nachgewiesener Urogenitaltuberkulose ist dem sozialen Leben ohne Operation wiedergegeben. Dagegen hat er sechs andere Fälle, allerdings meist in spätem Stadium, beobachtet, welche in relativ kurzer Zeit starben. Bei Hodentuberkulose ist B. Anhänger der konservativen Therapie.

Hetralin, ein wirksames Mittel gegen Cystitis und Pyelitis, von G. Fraenkel-Berlin. Das Hetralin ist ein Phenolderivat, Dioxybenzolhexamythylentetramin, ein schneeweiſser Körper von stark süſsem Geschmack. Es wird gewöhnlich, in Tabletten zu 0,5 in Wasser gelöst, verabreicht. Die Tagesdosis beträgt 1—2 g. Verfasser gibt Auszüge aus den Krankengeschichten von 30 in der Müllerheimschen Frauenklinik beobachteten Fällen, welche teils wegen ausgesprochener Erkrankung, teils prophylaktisch nach Katheterisation der Blase resp. Ureteren das Mittel gebrauchten. Die Resultate waren durchweg sehr befriedigend. M. verfügt über 10 bis 20 weitere Fälle mit ähnlichem Ergebnis.

Circumcision und Syphilis-Prophylaxe, von H. Loeb-Mannheim. Um über den Wert der Circumcision in dieser Beziehung, auf den von Powell, Breitenstein und Hutchinson schon hingewiesen ist, feststellen zu können, hat L. ein Material von 2000 nicht circumzidierten geschlechtskranken Personen und 468 circumzidierten in seiner Praxis gesammelt. Von ersterer Klasse waren an Ulcus molle, Sklerose, Syphilis II oder alter Syphilis zu behandeln: 785 oder 39,1 %, während diese Läsionen sich nur bei 71 oder 15,0 % der Kranken der zweiten Gruppe fanden. Es könnte also durch eine allgemeine Durchführung der Circumcision die Häufigkeit der Syphilis bei Männern um 50 % vermindert werden. Ferner ergeben Beobachtungen an 270 aufeinander folgenden nicht operierten Männern, daſs die Glans von Präputium nur bei 58 völlig bedeckt war, dagegen, daſs die Spitze unbedeckt war bei 78, die Hälfte der Glans unbedeckt war bei 68, und die ganze Glans frei lag bei 66 Patienten.

Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von Ferd. Kleinertz-Stuttgart. An diesem Aufsatz ist nichts weiter auszusetzen als die Überschrift. Dem logisch

denkenden Verfasser möchten wir statt derselben die Bezeichnung „Blennorrhoe des Weibes“ vorschlagen. Die Arbeit enthält eine ausführliche Schilderung der zurzeit am besten bewährten Behandlung dieses Leidens in allen seinen Phasen und Lokalisierungen, eignet sich aber allerdings nicht zum Referieren.

Die Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, von L. Eisenstadt-Berlin. In einem Schreiben des Kultusministers an das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preufsen wird darauf hingewiesen, dafs es den Ärzten in erster Linie obliegt, das Publikum immer und immer wieder auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten aufmerksam zu machen. Dafs für die Ärzte diese Pflicht besteht, wird niemand bestreiten. Die Erfüllung derselben ist, wie E. ausführt, bisher daran gescheitert, dafs 1. die „Naturheilkundigen“ und ihre Nachfolger die wissenschaftlichen Darlegungen zu diskreditieren bemüht sind, dafs 2. den Ärzten die nötige Redegewandtheit für das öffentliche Auftreten vielfach mangelt, und dafs 3. es sehr schwierig ist, allgemein gültige Sätze über das wechselvolle Bild der Geschlechtskrankheiten für ein Laienpublikum aufzustellen. (Fortsetzung folgt.)

Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? von M. Marcuse-Berlin. In diesem einleitenden Abschnitt seiner Abhandlung über diese Frage führt Verfasser aus, dafs jeder Arzt sich klar machen müsse, ob er nicht gelegentlich dieselbe (auch bei weiblichen Kranken) in bejahendem Sinne zu beantworten Grund haben könne. Den meisten Ärzten wird es schwer sein, sich darüber zu entscheiden, einmal weil sie sich zu wenig mit der Frage beschäftigt haben, sodann weil der aufsereheliche Geschlechtsverkehr Quelle der schwersten Leiden sein kann, und die meisten Ärzte sich vor der Empfehlung von Schutzmitteln scheuen, und drittens weil wir gewohnt sind, den aufserehelichen Geschlechtsverkehr als etwas Unsittliches zu betrachten (was es in vielen Fällen zweifelsohne auch ist. Ref.). Zur Entscheidung der gestellten Frage handelt es sich aber in erster Linie darum, festzustellen, ob die sexuelle Abstinenz nachteilige Folgen für die Gesundheit herbeiführt oder nicht.

Heft 7.

Ein kritischer Beitrag zur sexuellen Moral, von F. Siebert-München. Die Veranlassung zu diesem kleinen Aufsatz gab ein kürzlich erschienenes Buch über ärztliche Moral von C. Coppens, Professor am medizinischen Creighton College in Omaha, das von einem Professor der Moraltheologie am Priesterseminar in Chur ins Deutsche übersetzt und von einem Arzt in Passau mit einer Vorrede und Anmerkungen versehen worden ist. Das Buch ist auch ins Französische übersetzt worden. In demselben wird ausführlich der Standpunkt vertreten, dafs die venerischen Krankheiten Schickungen Gottes seien zur Strafe für die Fleischessünden oder als Mittel zur Warnung und zur Bekehrung. Gegen diese kurzsichtige Auffassung mit allen ihren unheilvollen Konsequenzen wendet sich S. in würdiger, aber energischer und nachdrücklicher Weise und fordert alle Kollegen auch zum Proteste dagegen auf.

Die Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten, von L. Eisenstadt-Berlin. Zur weiteren Aufklärung sind gut geschriebene, allgemein verständliche Abhandlungen sehr dienlich, wie z. B. die Silbersche Schrift über „Wesen und Behandlung der Geschlechtskrankheiten“. Den bereits vorhandenen ist möglichste Verbreitung zu verschaffen. Ferner wünscht E. die Einrichtung eines „öffentlichen Sprechsaals“ in einem populärwissenschaftlichen Blatte, um über die derzeit herrschenden Laienauffassungen möglichst orientiert zu werden. Des weiteren folgen Entwürfe zu Flugblättern zur Verteilung an Patienten, welche mit akuter oder chronischer Blennorrhoe, Cystitis, Epididymitis, Urethritis posterior, Schanker oder Lues in Behandlung kommen, sowie über die Technik der Einspritzungen bei Tripper, die Verhütung von Geschlechtskrankheiten und die Quecksilberkur. Ferner führt

Digitized by Google

Verfasser aus, dafs es den Kassenpatienten ganz anders als gegenwärtig ermöglicht werden müsse, bei Geschlechtskrankheiten den Arzt ihres Vertrauens aufzusuchen. Anderseits fordert er Mafsregeln, welche die Weiterverbreitung des „Naturheilverfahrens" bei Syphilis und Blennorrhoe eindämmen sollen unter Anrufung der Ehrengerichte resp. durch Veranstaltung einer allgemeinen Enquete bei allen Ärzten Deutschlands.

Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? von M. Marcuse-Berlin. (Fortsetzung und Schlufs.) Dafs die sexuelle Abstinenz nachteilige Folgen für die Gesundheit zeitigen könne, ist von verschiedenen Autoren, Forel, Hegar, Eulenburg, Rubner, Ribbing, Paget, Gower u. a. mit Bestimmtheit geleugnet worden. Im Altertum hatte Hippokrates und in neuerer Zeit Lallemana gewisse Schädigungen auf diese Ursache zurückgeführt. Von gröfster Bedeutung ist indessen, wie Verfasser wiederholt hervorhebt, der Ausspruch Erbs: „dafs die Enthaltsamkeit „absolut unschädlich" sei, wie die Moralisten und auch so manche Ärzte gerne glauben machen möchten, scheint mir schon jetzt unannehmbar". Auch von Jastrowitz, Rohleder, Beard, Gattel u. a. sind einwandsfreie Beobachtungen mitgeteilt, aus denen hervorgeht, dafs bei manchen Individuen, besonders bei bereits vorhandener Verminderung der Resistenzfähigkeit des Nervensystems in der Tat greifbare Störungen herbeigeführt werden können. Für den Arzt löst sich also die Frage in der Weise, dafs er in der Tat gelegentlich zum extramatrimoniellen Geschlechtsverkehr wird raten müssen. Was den Standpunkt der Moral betrifft, so hat der Arzt hierbei nicht seinen eigenen Standpunkt zu berücksichtigen, sondern ausschliefslich denjenigen des Patienten, wobei dann allerdings in manchen Fällen dieser Umstand die Empfehlung des Geschlechtsverkehrs absolut unmöglich macht. In weiterer Konsequenz hat aber der Arzt die Pflicht, den Patienten resp. die Patientin (denn auch für das weibliche Geschlecht will diese Frage entschieden sein) über alle damit verbundenen Gefahren genau zu informieren und ihnen auch die Mittel zur Vermeidung derselben anzugeben. Dieser Punkt ist ebenso wie das ganze übrige Thema vom Verfasser in kritischer und durchaus ernster und bedachter Weise besprochen.

Heft 8.

Zur Therapie des Prostataabscesses, von E. Warschauer - Berlin. An der Casperschen Klinik hat Verfasser 25 Fälle von Prostataabscefs auf blennorrhoischer Basis nach Inzision vom Rektum aus glatt verheilen sehen, während die Operation vom Damm aus wenigstens einmal einen Unfall herbeiführte, indem der 40jährige Patient nachher dauernd impotent blieb. W. beschreibt auch ein von ihm konstruiertes Probetrokar, das zum Aufsuchen des Eiters in der Prostata ihm besonders gute Dienste geleistet zu haben scheint.

Über einen Fall von typischem Uranismus eines jungen Mädchens, von W. Hammer-Berlin. Das 24jährige, im ganzen gesunde, dem männlichen Typus sich entschieden nähernde, gebildete Mädchen aus wohlhabender und vornehmer Familie, teilte dem Verfasser mit, dafs sie seit ihrem 19. Jahre mit voller Befriedigung sexuellen Verkehr mit Frauen in mehr oder minder reichlichem Mafse getrieben habe. Für heterosexuellen Verkehr hatte sie gar keine Neigung. Es bestand eine starke Behaarung, namentlich am Kinn, sowie (nach ihrer Angabe) am ganzen Körper; die rechte obere Extremität war in toto gröfser als die linke, und Patientin ist etwas kurzsichtig. Sie klagt über häufigen Kopfschmerz, erscheint aber im übrigen völlig normal. Sie beschäftigt sich mit Schriftstellerei. Wegen der sonstigen Einzelheiten des eingehend geschilderten Falles ist auf das Original zu verweisen.

Sexualorgane und Frauentracht, von R. Glitsch-Stuttgart. Für die Sexualorgane bereitet von den Bestandteilen der modernen Frauenbekleidung unzweifelhaft

Digitized by Google

das Korsett die gröfste und bedeutsamste Gefahr. In ausführlicher Darstellung zeigt Verfasser, wie die Kompression durch das fest angezogene Korsett eine Änderung der Druckverhältnisse in der Abdominalhöhle und dauernde Einwirkungen auf die Beckenorgane herbeiführt. Man lasse sich nicht irre machen durch die Erklärung der Betreffenden, dafs sie nie fest geschnürt sei. Man kann sogar bei einem entschieden zu eng ansitzenden Korsett ganz wohl, indem man den Rumpf ein wenig biegt, es möglich machen, mit der Hand darunter zu fassen. Bei der sog. Reformkleidung andererseits werde der Fehler gemacht, die ganze Kleiderlast den Schultern aufzulegen. Verfasser empfiehlt eine gleichmäfsige Verteilung des Gewichts auf den ganzen Körper, wie dies z. B. in dem Reform-Modenalbum von Dr. Kiesewetter (Verlag von Vobach & Co., Berlin und Leipzig) auch berücksichtigt ist. Gegen einen auf die Hüften sich stützenden der natürlichen Einziehung des Körpers sich anpassenden Gürtel, der aber nicht die Höhe der untersten Rippen erreichen darf, hat er nichts einzuwenden.

Heft 9.

Über den Wert der Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe, von R. Lucke-Magdeburg. Nach verschiedenen Versuchen mit Albargin und Protargol (letzteres in der Stärke bis zu 20%) ist L. zu der Verwendung von 15% Novarganlösungen übergegangen. Falls die Infektion nicht länger als sechs Tage zurückdatiert, macht er täglich eine Instillation von ca. 1/3 ccm mittels des Guyonschen Apparates in den vorderen Teil der Harnröhre. Falls nicht zu starke Eiterung eintritt, wird die Behandlung in dieser Weise eine Woche lang fortgesetzt und hat bei frischen, erstmalig akquirierten Fällen 41% Heilungen ergeben, d. h. die Patienten waren frei von Gonokokken und Ausflufs, entleerten höchstens Fäden. Allerdings zeigte bei einer ziemlich erheblichen Anzahl der Patienten die urethroskopische Untersuchung im weiteren Verlauf verschiedentliche nicht unbedeutende Läsionen. Trotzdem hält L. diese Methode für die gegenwärtig am empfehlenswerteste.

Beziehungen des Bacterium coli commune zur Schwefelwasserstoffgärung des Harnes, von C. Doctor-Budapest. Verfasser hat bei der mit Entwicklung von H_2S verbundenen Cystitis unter anderen Mikroorganismen das Bacterium coli commune isoliert und mit demselben den steril aufgefangenen Urin von einem vollständig gesunden Manne beschickt. Bei einer konstanten Temperatur von 36° entwickelte sich im Laufe von ein bis sechs Tagen eine deutliche H_2S-Bildung, während Kontrollproben steril blieben. D. empfiehlt diese Probe auch als Unterscheidungsmittel anzuwenden, um Typhusbazillen von Bacterium coli zu unterscheiden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

The British Journal of Dermatology.

Bd. 16. November 1904.

I. **Über die nichtparasitären Hautreaktionen,** von Leslie Roberts-Liverpool. Während bei den parasitären Hautaffektionen der ursächliche Zusammenhang zwischen Parasiten und den durch dieselben gesetzten Schädigungen einigermafsen klar ist, kann man dies von einer Reihe von Hautkrankheiten nicht sagen, so vom Ekzem, der Urticaria, Psoriasis, den Erythemen, dem Lichen, der Dermatitis exfoliativa und den verschiedenen Formen der Hydroa. Man mufs diese als blofse Hautreaktionen ansehen, welche mehr in dynamischen Gesetzen begründet sind als in morphologischen. Man wird die Prinzipien der Hautreaktionen nicht aus den Beobachtungen der toten Haut, sondern aus dem Studium der lebenden ableiten können.

Diejenigen Autoren, welche, wie der Verfasser, solche Prinzipien annehmen, sehen in der Haut ein System aktiver, sich bewegender Teile, die durch gewisse Be-

dingungen in einem Zustande des Gleichgewichts erhalten werden. Die gesunde Haut ist ein lebendes System im richtigen Gleichgewicht, die kranke ein System im falschen Gleichgewicht.

Die Hautreaktionen spielen sich im Papillarkörper oder demjenigen Teile der Cutis ab, welcher unmittelbar unter dem Epithel liegt, und den Verfasser die „reaktive Schicht“ oder noch einfacher das „Metaderm“ bezeichnen möchte. Die Epidermis und das Metaderm hängen so eng zusammen, dafs man sie weder physiologisch, noch pathologisch voneinander trennen kann. Sie bilden einen dünnen Rand der gesamten Hautdecke; und in diesem Rande sind alle jene Kräfte tätig, welche die Hautreaktionen veranlassen.

Der Verfasser gibt eine Beschreibung der physiologischen Faktoren, welche die Reaktion begünstigen oder hemmen. Blut und Lymphe bilden die Hauptfaktoren, und die Störungen bezw. Schwankungen des Gleichgewichts zwischen beiden sind für die Entstehung der Hautreaktionen verantwortlich zu machen. Solche Störungen oder Schwankungen hängen wieder ab vom

1. dem Kapillardruck;
2. der Permeabilität der Gefäfswände;
3. der Lymphbildung, deren Zu- oder Abnahme unter dem Einflusse gewisser im Blute kreisender Substanzen steht;
4. der Oberflächenspannung.

Mit allen diesen Faktoren ist doch das Problem der primären Ursache beim Ekzem, Lichen, Erythem usw. noch nicht gelöst. Verfasser behält sich vor, darüber weiteres zu berichten.

II. **Ein Fall von Zoster des zweiten Astes des Trigeminus**, von Arthur Hall-Sheffield. Ein dreijähriges, wohlgenährtes Kind fiel im Dezember 1903 hin und quetschte sich die rechte Wange. Ende April 1904 brach ohne prämonitorische Symptome an derselben Stelle ein Zosterausschlag aus, welcher sich entsprechend dem zweiten Aste des Quintus ausdehnte, jedoch von keinerlei subjektiven Erscheinungen begleitet war. Nach zwei Wochen waren der Herpes verschwunden. An der Stelle blieb eine schwache, oberflächliche Narbe zurück. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 10.

Die Blastomycosis cutanea, von W. Dubreuilh. Die Blastomycosis cutanea ist zuerst in Amerika beobachtet und beschrieben worden. Klinisch weifst sie viele Ähnlichkeiten mit dem Epitheliom, der tertiären Syphilis und besonders mit der Tuberculosis verrucosa auf. Als ihre Ursache ist ein Hefepilz erkannt worden, der aus runden Körperchen von 8—12 μ Durchmesser besteht, eine doppelte Kontur besitzt und sich durch Knospung vermehrt. Auf künstlichem Nährboden bildet er ein Mycelium, im parasitären Leben dagegen nur Kapseln.

D. unterscheidet bereits drei verschiedene Dermatosen, denen ein Hefepilz zum Dasein verhelfen kann. Es sind einmal bösartige Tumoren, besonders Sarkome, die ihm — von Italienern — zur Last gelegt werden. Zweitens eine meistens tödlich verlaufende Form, die mit ulcerierenden Knoten in der Haut beginnt und später besonders die Lungen in Mitleidenschaft zieht. Aufser verschiedenen amerikanischen Fällen ist auch in Deutschland ein solcher Fall beobachtet worden. Dieser Form und einer dritten, milder verlaufenden, zu der D. eine Beobachtung und eine eingehende klinische Würdigung liefert, liegt anscheinend der nämliche Parasit zugrunde. Merkwürdigerweise stammen auch alle übrigen in diese Form zu verweisen-

den Fälle aus Amerika. — Diese Blastomycosis cutanea erscheint mit Vorliebe im Gesicht, an der Hand oder am Fuſse in Form eines roten, harten, oberflächlichen, etwas schmerzhaften Knotens, der an seiner Spitze in den nächsten Tagen einen miliaren Abscefs bildet und sich allmählich zu einem gut abgegrenzten, auf dem subcutanen Gewebe verschiebbaren, papillomatösen Herd entwickelt. Zwischen den Papillen lagert ein dicker, häufig foetider Eiter. Der Herd hat ein exzentrisches Wachstum und heilt an einzelnen Stellen oft von selber aus. Zu diesem ersten Herd gesellen sich in der Regel — vermutlich durch Auto-Inokulation — noch zahlreiche weitere, und die Krankheit kann sich so über Jahre hinziehen. Jodkalium in hohen Gaben wirkt günstig ein.

Der Pilz ist im Eiter leicht nachweisbar und gedeiht auf vielen Nährböden, besonders günstig auf Glycerin-Gelatine. Überimpfungen auf Tiere, auf Hunde und Meerschweinchen, haben oftmals Erfolg gehabt. In dem von D. mitgeteilten Fall ergaben sich einige Abweichungen von dem gewohnten Bild. Die Pilze vermehrten sich hier nämlich nicht durch Knospung, sondern durch Spaltung; auch lagerten sie nicht, wie gewöhnlich, in dem granulösen Gewebe oder in der miliaren Abscessen, sondern waren fast immer in Riesenzellen eingeschlossen. Die Anzahl der Riesenzellen war endlich eine auffallend grofse. Vielleicht, meint Dubreuilh, erklärt sich dies abweichende Verhalten daraus, dafs auch von der Blastomycosis cutanea, wie etwa von der Trichophytiasis, verschiedene Varietäten vorkommen.

Der 5. internationale Kongrefs für Dermatologie. Berlin, 12.—17. Sept. 1904. Der Bericht ist für deutsche Leser schon veraltet. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1904. Band IV, Nr. 13—21.

Die Prostitution und die Armenärzte, von L. Butte-Paris. Der Stadtrat von Paris hatte bei der Diskussion über die Reorganisation der Sittenpolizei den Vorschlag akzeptiert, dafs die Armenärzte zu Dienstleistungen in der Behandlung und Kontrollierung der Prostituierten herangezogen werden sollten. B. führt zunächst aus, dafs dies aus verschiedenen Gründen durchaus nicht angängig ist, und teilt dann einen Entwurf mit, wie er sich eine zweckmäfsige Organisation des ärztlichen Dienstes einerseits für die Prostituierten, anderseits für unbemittelte sonstige Geschlechtskranke denkt. Es sollen die geeigneten Ärzte durch eine Prüfung (Concours) zunächst ihre Befähigung nachweisen, wie dies auch sonst in Frankreich üblich ist. Angestellt werden sie alsdann durch die Präfektur der Stadt. Der Dienst zerfällt in den Hospitaldienst an dem für die Prostituierten reservierten Krankenhause, wo sie polizeilich zurückgehalten werden bis zur Beseitigung aller Krankheitserscheinungen, sowie in den Dienst an der Untersuchungsstation für polizeilich überwiesene Prostituierte, und drittens an der Poliklinik, wo jede venerisch erkrankte Frau gratis behandelt wird, ohne zu fragen, ob sie eine Prostituierte sei oder nicht.

Die Ammen sind der Reglementierung unterworfen, warum sollten die Prostituierten nicht unter Kontrolle gestellt sein? von L. Butte. Ein eifriger Abolitionist, Berthod-Paris, spricht sich im „*Journal de Médecine de Paris*“ dahin aus, dafs die venerischen Krankheiten sich prompt vermindern würden, wenn die zur Verfügung stehende Behandlung besser zugängig wäre und in ausgiebigerem Mafse geboten wäre. Man sollte endlich lernen, diese Affektionen nicht als geheime, sekrete Leiden, sondern als diskrete zu betrachten. Er fordert Beseitigung der polizeilichen Beaufsichtigung, die doch nichts nütze und eher auf die damit beauftragten Beamten degravierend wirke (!), sowie ferner die Behandlung in den allgemeinen Kranken-

Digitized by Google

häusern, namentlich in den Hospitälern für Hautkranke, da eine Übertragung unter diesen Umständen notorisch kaum jemals vorkomme. Die Spezialhospitäler sind abzuschaffen. Eine rationelle Therapie mit allen modernen Hilfsmitteln sei vor allen Dingen allen Venerischen zugängig zu machen. Diesen Ausführungen stimmt B. lebhaft zu, nur verlangt er als erklärter Reglementarist, daſs, ebensogut wie nach dem Rousselschen Gesetz von 1874 jede Amme sich einer genauen polizeiärztlichen Kontrolle unterwerfen muſs, dies auch bei den Prostituierten durchgeführt werde, denn wenn auch jede Person das Recht habe, ihren eigenen Körper zu verwenden, wie sie wolle, so hört doch dies Recht auf, zu existieren, sobald eine Schädigung anderer Individuen dabei eintritt.

Ophthalmia neonatorum, von R. Labusquière-Paris. Aus verschiedenen Zusammenstellungen geht hervor, daſs in den Kulturstaaten die Blindenanstalten sich zu 20—26 % von den im Säuglingsalter akquirierten Augenentzündungen rekrutieren. Allerdings ist der Gonococcus nicht für alle diese Erkrankungen verantwortlich. Man hat am Auge von sonstigen Mikroorganismen gefunden: den Pneumococcus, den Koch-Weeks-Bacillus, Bacterium coli, Klebs-Loeffler-Bacillus u. a. Immerhin ist der Gonococcus die Hauptquelle der Erkrankung. Die Bekämpfung desselben erfolgt am sichersten durch die Einträufelung von 2 % Argentum nitricum-Lösung nach Crédéscher Vorschrift. Zuzugeben ist, daſs dieses Verfahren in der Regel eine mäſsige Reizung und Rötung des Auges herbeiführt. Von wesentlicher Bedeutung ist diese Störung, wie die Statistiken von Leopold mit 30000 und von Köstlin mit 24723 Fällen beweisen, nicht. Zweifel hat auch gezeigt, daſs ein Nachspülen mit NaCl-Lösung auch diesen kleinen Übelstand beseitigt. Ferner hat man Hämorrhagien am Auge und Hornhauttrübung mit dem Verfahren in Zusammenhang gebracht, jedoch mit Unrecht. Bei der Besprechung dieser Frage im Londoner Obstetrical Society meinten einige Mitglieder, daſs es aus praktischen Gründen ratsam sei für den Arzt, nach Auswahl und nur bei ausgesprochenen Indikationen die Einträufelungen vorzunehmen, oder auch eine 1—2 ‰ Sublimatlösung zu verwenden, doch stimmten viele für eine planvolle und vollständige Durchführung der Crédéschen Prophylaxe unter allen Umständen.

Die Spezialkommission für die Regelung der Sittlichkeit. Berichte von M. M. Bulot und Augagneur, von L. Butte-Paris. Es hatte dieser Kommission ein Antrag des Senators Bérenger vorgelegen folgenden Inhalts: „Vom dreifachen Gesichtspunkte der Moral, der Ordnung und der allgemeinen Gesundheit ist es angezeigt, eine Überwachung der Prostitution zu sichern. Diese Überwachung muſs durch ein zu erlassendes Gesetz festgelegt werden." Diesen Antrag hat die Kommission mit 19 gegen 10 Stimmen abgelehnt und einem Antrag Bulot zugestimmt. Letzterer besagt der Hauptsache nach, daſs die Ausübung der Prostitution zwar nicht als Delikt anzusehen ist, belegt aber mit Gefängnisstrafen von zwei Monaten bis drei Jahren und Geldstrafen von 16 bis 200 Frcs. jede Person, welche eine andere in einer öffentlichen und Ärgernis erregenden Weise zum geschlechtlichen Verkehr veranlaſst. Kuppelei wird mit Gefängnis von zwei Monaten bis zwei Jahren und Geldstrafe von 50 bis 500 Frcs. bestraft. Betrifft der Fall eine minderjährige Person resp. ein Kind oder Mündel des schuldigen Individuums, so erhöht sich die Strafe auf zwei bis fünf Jahre und 500 bis 3000 Frcs. Ferner soll über die Gefahren der venerischen Krankheit Belehrung in den höheren Lehranstalten gegeben werden, es sollen für die Ärzte spezielle Kurse und Prüfungen auf diesem Gebiete organisiert werden, und den Erkrankten soll durch Inanspruchnahme der Armenärzte mehr Gelegenheit zur Behandlung geboten werden. Butte bezeichnet die Erhöhung der Strafen für aussichtslos. Das Geld würde in 95 % der Fälle nicht einzutreiben sein und die Gefängnisse

würden überfüllt werden. Die anderen Maſsregeln seien im allgemeinen gut; sie sind indeſs bereits von den Reglementaristen, namentlich von Fournier, praktisch angebahnt worden. Er hofft auf einen anderen Ausfall bei der definitiven Abstimmung.

Widerlegung des von Herrn Professor Augagneur, Bürgermeister von Lyon, der Spezialkommission in Sachen der Sittlichkeit vorgelegten Berichtes: „Über den Einfluſs der Reglementierung der Prostitution mit Bezug auf die venerische Morbidität", von L. Butte - Paris. Unter den von Augagneur in seinem Berichte aufgestellten Thesen bekämpft B. in erster Linie folgende: „Die venerischen Krankheiten haben nicht die groſse Bedeutung, welche das Publikum, und namentlich die Spezialärzte, denselben zuschreiben". B. führt aus, daſs nach A.s Berechnung drei Viertel der männlichen Bevölkerung in den Groſsstädten gelegentlich an Blennorrhoe erkranke. Wenn nun nur 1 Fall unter 75 ernstere Komplikationen aufweise, so hätte man unter 100000 Männern immerhin 1000 schwere Erkrankungen, was nicht gerade als eine quantité negligeable bezeichnet werden kann. Ferner behauptete Augagneur, daſs die Übertragung der Syphilis verhältnismäſsig schwierig und ihre Gefährlichkeit geringer als diejenige der Masern, Scharlach, Variola sei. Abgesehen von einer allgemeinen Betrachtung der Verhältnisse in bezug auf die Möglichkeit der Übertragung der Syphilis ergibt die Statistik der Stadt Paris im Jahre 1890 folgende Mortalitätsverhältnisse: Masern 1532, Syphilis 364, Scharlach 228 und Variola 82 Fälle. Dabei ist mit Bestimmtheit anzunehmen, daſs nicht alle Fälle von Syphilis als solche registriert sind, sondern daſs viele als Gehirnleiden, Leberleiden, Nierenleiden usw. gemeldet worden sind. Die weitere Behauptung A.s, daſs die hereditäre Transmission der Lues von geringer Bedeutung sei, führt B. auch mühelos ad absurdum. Der Hauptpunkt ist aber natürlich die Behauptung A.s, daſs die Reglementierung keine Verminderung der venerischen Erkrankungen erreicht habe. B. gibt unumwunden zu, daſs das System in vielen Einzelheiten verbesserungsfähig sei, ein greifbarer Nutzen sei demselben aber jedenfalls nicht abzusprechen. Schon der Umstand, daſs im Jahre durchschnittlich 1075 venerisch erkrankte Prostituierte je mindestens einen Monat lang im Hospital interniert werden und somit verhindert werden, das Kontagium in diesem Zeitraume weiter zu übertragen, könne als höchst wichtig gar nicht geleugnet werden. Ferner ist darauf hinzuweisen, daſs bei den nicht unter Kontrolle stehenden Prostituierten, soweit man dies übersehen kann, die Häufigkeit der Infektion mindestens zwei- bis dreimal so groſs ist als bei den Inskribierten. Auch hat, wie Sturmer berichtet, in Moskau die Aufhebung der Kontrolle die unerfreulichsten Folgen herbeigeführt.

Lokalbehandlung der Variola mittels Auftragens von β-Naphtol-Kampher, von E. Desesquelle. Seit einigen Jahren hat Verfasser gute Erfolge erzielt, indem er nach vorheriger Abwaschung mit 1‰ Sublimatlösung eine jede Läsion, Papel, Bläschen, Pustel, sowie die unbedeckten Teile der Haut, Gesicht, Hals, Hände dreimal täglich mit β-Naphtol-Kampher bedeckt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1904. Heft 3.

Morphologie und Wirkung einiger lupöser Produkte, von Bini. Der Verfasser hat bei zwei Patienten die Lupusefflorescenzen mit Tuberkulin und mit Jodtinktur bepinselt, nachher exzidiert und mikroskopisch untersucht. Bei beiden Präparaten wurden Infiltrationsphänomene beobachtet. Beim Tuberkulin waren aber die letzteren viel gleichförmiger verteilt als beim Jod. Bei dieser Gelegenheit konnte er

auch die Entstehung der Riesenzellen und ihre Entwicklung beobachten. Die Entstehungsweise der Riesenzellen ist bekanntlich eine verschiedene. Der Verfasser hat sie hauptsächlich in ihrer Entwicklung aus kollagenen Fasern verfolgt. Eine weitere Serie von Experimenten bestand in der Untersuchung der Wirkung des Tuberkulins auf das Mesenterium von Fröschen. Diese Wirkung besteht zunächst in einer Verlangsamung des Blutstromes, dann folgt ein pendelartiges Hin- und Herbewegen desselben und schliefslich treten normale Verhältnisse ein. Beim ersten Stillstehen des Blutstromes kommt es zu einem Austritt von roten Blutkörperchen aus den Gefäfsen resp. Kapillaren in das umgebende Gewebe. Kontrollversuche mit Kochsalzlösung ergaben, dafs die letztere auf die Zirkulation des Mesenteriums keine derartige Wirkung ausübt. Eine dritte Serie von Experimenten ergab, dafs das Blutserum von Lupösen die roten Blutkörperchen sowohl von tuberkulinisierten als von nicht tuberkulinisierten Meerschweinchen auflöst.

Zwei Fälle von Pellagra, in bezug auf einige Besonderheiten der Haut und des Harns untersucht, von E. Calvi. Die Eruption der Pellagrösen besteht aus einer Pigmentation in Gestalt von kleinen makulosquamösen Punkten, die Hämorrhagien im oberen Gefäfsnetze, besonders in den Haarfollikeln und in der Umgebung der Knäueldrüsen, ihre Entstehung verdanken. Diese Hämorrhagien sind ihrerseits eine Folge der gestörten Hautinnervation im Gefäfsnetze durch die pellagröse Intoxikation. Der Vorgang ist somit der folgende: Gestörter Trophismus durch die chronische Intoxikation; lokaler Reiz, der die Hautveränderungen zur Folge hat. Was die Toxizität des Urins von Pellagrapatienten anbelangt, so ergaben Experimente an Fröschen, dafs Injektionen von solchem Urin in den dorsalen Lymphsack von Lähmungserscheinungen in den hinteren Gliedmafsen gefolgt waren.

Einige Fälle von Pemphigus als Ausdruck der Syphilotoxämie und des lokalen Reizes (neurotrophischer und streptokokkischer), von Ferretti. Es handelt sich um zwei Fälle von sekundärer Lues, in deren Verlaufe es zur Entwicklung einer pemphigusartigen Eruption kam; in den Blasen wurde ein Streptococcus nachgewiesen. Der Verfasser assimiliert seine Fälle denen von Krystalowicz, wo ebenfalls eine Streptokokkeninfektion im Verlaufe einer Hauteruption zur Entwicklung eines Syndroms führte, der mit demjenigen des Pemphigus vollständig übereinstimmt, mit anderen Worten, es können nach einer Streptokokkeninfektion Blasen auftreten, welche gewöhnlich das Bild des Pemphigus darstellen.

Die Endoarteritis als Ursache der Purpura und der Hämorrhagien bei den Syphilitikern, von Saraceni. Verfasser beschreibt zwei Fälle von sekundärer Syphilis, im Verlaufe welcher ein über beinahe den ganzen Körper verbreiteter Purpuraausschlag auftrat, der nach entsprechender Behandlung (Chinin und Eisen innerlich, Sublimat in subcutanen Injektionen) rasch wich.

Beitrag zur Illustration der Gruppe der squamösen Syphiloide; nodulosquamöse Syphiloide, von Cormio. Es handelt sich bei dem Falle um eine Varietät der luetischen Manifestation, welche zwischen dem Gumma und dem Syphiloid liegt.

C. Müller-Genf.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mittels statischer Elektrizität, von Dr. SUCKIER-Freiburg i. B. (*Wien. Klinik.* 1904) Verfasser, dessen eigentliches Gebiet die Elektrotherapie (bei Nervenkrankheiten usw.) ist, aber sich im allgemeinen nicht mit Hautkrankheiten beschäftigt, machte zufällig bei einer Patientin mit Lupus die Wahrnehmung, daſs die zu anderen Zwecken angewandte statische Elektrizität den Hautausschlag günstig beeinfluſste, und setzte dann weiter seine Versuche mit überraschendem Erfolge durch. Während galvanische Induktions-, D'ARSONVALS- und TESLAströme zu dermotherapeutischen Zwecken schon verwendet wurden, ist die statische Elektrizität in dieser Beziehung noch nicht herangezogen worden, wie sie sich auch in der Neuropathologie trotz zahlreicher warmer Befürworter keinen dauernden Platz sichern konnte. Das Verfahren, welches S. nach verschiedenen Versuchen nun einschlägt, besteht nach lokaler Anästhesie mit SCHLEICHscher 1 %₀iger Kokainlösung darin, zuerst mittels einer eigens konstruierten Curette die etwa vorhandenen Krusten und alsdann die darunter befindlichen tuberkulösen Granulationen zu entfernen — bei ganz oberflächlicher Ausbreitung der Lupusherde ist dies natürlich nicht nötig. Vermittels einer speziellen (Stirn)Binde wird nun der positive Strom (an der violetten Flamme erkenntlich, während der negative sich durch eine rote kennzeichnet) zu einem mit einem Gewinde versehenen, spitz zugefeilten Stift geleitet und derselbe mit Hilfe eines Kugelgelenkes so eingestellt, daſs die Spitze direkt in die curettierte Partie hineinsieht (siehe Fig. 1); durch Drehen einer Schraube ist man leicht in der Lage, die Stellung des Stiftes so lange zu korrigieren, bis aus der Spitze ein Funkenbüschel in pinselartiger Ausbreitung hervortritt. Ist die richtige Stellung des Stiftes erreicht, so läſst man die Elektrizität auf eine etwa ¼ qcm groſse Fläche so lange ausströmen, bis die berieselte Partie schwarz erscheint (nach etwa fünf bis zehn Minuten); dann schiebt man den Stift mittels der daran befindlichen Hartgummischeibe auf die nächste zu bearbeitende Stelle usf., bis die ganze Fläche mit einem Brandschorf bedeckt ist. Es ist am besten, denselben nicht zu verbinden; zuweilen folgt Schwellung, meist aber fehlt sie. Nach acht Tagen Granulationen, dann Überhäutung in ca. zwei bis vier Wochen, keinerlei Komplikationen, wie Fieber, Erysipel oder dergleichen. Bei der Applikation der Elektrizität sind noch einige, vom Verfasser genau detaillierte Punkte zu beachten: stets muſs der positive Pol zum Ausströmen aus der Spitze (siehe oben), der negative irgendwie mit dem Patienten in Verbindung gebracht (Indifferenzpunkt) oder zur Erde abgeleitet werden u. a. m. Ob bei dem statischem Verfahren Rezidive vorkommen, diese Frage kann S. wegen der noch zu kurzen Beobachtungszeit seiner Fälle nicht definitiv beantworten, hält es aber nicht für ausgeschlossen. Was die Heilbarkeit betrifft, so glaubt er nach den bisherigen Erfahrungen, daſs wohl kein Fall dem statischen Strome zu widerstehen vermag. Die günstigsten Fälle scheinen ihm die ganz oberflächlichen und die ulcerösen Formen zu sein, von letzteren aber nur diejenigen, welche weiche, flächenhaft sich ausbreitende Granulationen bilden, die der Curette keinen Widerstand entgegensetzen und eine glatte Fläche nach dem Curettement hinterlassen. Am schwersten heilbar sind diejenigen ulcerösen Formen, welche nach langem Bestehen der Erkrankung derbe Bindegewebsstränge im Krankheitsherde gebildet haben. Gegenüber den Nachteilen, welche der FINSENmethode ungeachtet der vorzüglichen Heilresultate, die sie aufweist, anhaften (hoher Preis der

Digitized by Google

Instrumente, lange Dauer der Behandlung, oft ein bis zwei Jahre und mehr, schwere Zugänglichkeit der Schleimhäute und mancher Körpergegenden, wie des Ohres, für Licht, Aufwand an Mühe und Arbeitskraft — für jeden Patienten je ein Wärter, Möglichkeit der Verbrennung mit nachfolgender Gangrän u. a. m.) preist S. in erster Linie die die Billigkeit und Einfachheit der statischen Methode — sie kann ohne besonderes Wartepersonal von jedem Arzt angewandt werden, billige Apparate kosten nur 120—150, bessere 500—600 Mark, also $^{1}/_{10}$—$^{1}/_{8}$ des Finsen-Konzentrators — und in zweiter Linie die relativ kurze Dauer der Behandlung. Zwei Fälle (siehe auch die Abbildungen), welche neun und zwölf Monate lang mit 120 resp. 121 Finsensitzungen völlig ohne Erfolg behandelt worden sind, dann mit statischer Elektrizität nach vier und drei Sitzungen (im Zeitraume von neun und vier Wochen) beinahe vollkommen geheilt wurden, illustrieren am besten diesen grofsen Vorteil; zugunsten der letzteren Methode wird auch noch angeführt, dafs mit dem elektrischen Stifte jede Körperregion — Schleimhäute mit inbegriffen — leicht erreicht werden und die Behandlung in jedem Falle eine ambulante bleiben kann — Störungen der Berufstätigkeit kommen nicht vor. Als hauptsächlichen Nachteil der statischen Methode hebt S. zwar die Notwendigkeit des Curettements hervor, doch sei derselbe durch die ungewöhnliche Beschleunigung der Heilung und die Sicherheit des Erfolges mehr wie ausgeglichen. Nach den acht Fällen, welche S. bis jetzt behandelt und in seiner Arbeit mit den entsprechenden Abbildungen (je vor und nach der Behandlung) genauer beschreibt, scheint auch der kosmetische Effekt der statischen Methode ein sehr guter zu sein. Verfasser schliefst aus diesen therapeutischen Ergebnissen, dafs die statische Elektrizität eminent deletäre Wirkung auf den Tuberkelbacillus habe und sich auch noch zur Behandlung einer gröfseren Anzahl parasitärer Erkrankungen, wie Psoriasis, chronischer Ekzeme, Favus, besonders aber auch Carcinome und Lepra, eigne; für die Behandlung der Lepra nodosa, bei welcher sich alle anderen therapeutischen Mafsnahmen als aussichtslos erwiesen hätten, sei ein Versuch mit diesem Strome gerechtfertigt und aussichtsreich. Eine Nachprüfung seiner Versuche seitens der Bakteriologie wäre Verfasser sehr erwünscht, und er hofft, dafs sich daraus Fingerzeige für eventuelle neue, weiterhin auf diesem Gebiete einzuschlagende Bahnen ergeben würden. *Stern-München.*

Dermato-histologische Technik, von Max Joseph-Berlin. (Louis Marcus, Berlin 1905.) Die dritte Auflage des zuerst 1899 von Joseph und Löwenbach veröffentlichten Buches liegt uns vor. Dieses Mal hat Joseph die Herausgabe allein besorgt, da sein Mitverfasser inzwischen verstorben ist. Die Anordnung und Darstellungsweise ist ebenso wie in der zweiten Auflage, aber eine Menge Verbesserungen und zahlreiche Ergänzungen, welche den Fortschritten unserer Technik Rechnung tragen, sind hinzugefügt. Das Buch ist ein guter Führer für jeden auf dem Gebiete der histologischen Technik der Haut und ermöglicht eine schnelle Übersicht über die zu allen Untersuchungen auf dermatologischem Gebiete notwendigen technischen Methoden. Es will kein vollständiges Verzeichnis sämtlicher möglichen Methoden liefern, sondern nur diejenigen angeben, welche sich nach öfterer Anwendung und langer Übung dem Verfasser als sicher und einwandsfrei erwiesen haben. Im zweiten Teile werden noch die Methoden angeführt, welche eine Anwendung oder Erwähnung ebenfalls wert erscheinen, aber den zuerst angeführten an Sicherheit, Einfachheit und Verläfslichkeit nachstehen oder weniger wichtig sind. Der erste Abschnitt enthält die Untersuchung von Hautmaterial in frischem, der zweite in konserviertem Zustande. Der Umstand, dafs eine dritte Auflage nötig erschien — das Werk ist aufserdem bereits ins Französische übersetzt — spricht eine beredte Sprache für die Beliebtheit desselben, und ist auch die neue Auflage in jeder Beziehung empfehlenswert in ihrem klaren Inhalt

Digitized by Google

und ihrer handlichen Form. Möchte es dem eifrigen Verfasser vergönnt sein, bald eine vierte Auflage zu erleben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? von Max Marcuse-Berlin. (W. Malende, Leipzig 1904.) Die Frage, ob dem Arzte das prinzipielle Recht zusteht, den aufserehelichen Geschlechtsverkehr anzuraten, ist zu bejahen — und zwar grundsätzlich, sowohl dem männlichen, wie dem weiblichen (!! Der Referent) Patienten gegenüber; indessen hat der Arzt die Verpflichtung, stets sämtliche Folgen zu bedenken, die sein Rat für den Klienten haben kann; und da die Folgen eines illegitimen Verkehrs in der Regel für das weibliche Geschlecht aufserordentlich viel nachteiliger sein können als für den Mann, so wird in praxi der Arzt dem weiblichen Patienten gegenüber mit dem Rate dazu noch weit zurückhaltender sein müssen, als er schon dem Manne gegenüber natürlich auch die Pflicht hat. Grundsätzlich darf der Arzt sich nicht scheuen, von diesem Recht in geeigneten Fällen Gebrauch zu machen. Dann aber hat er zugleich die absolute Pflicht, dem Patienten sachgemäfse und wahrheitsgemäfse Aufklärung zu geben über die Gefahren, die mit dem Coitus extra matrimonium verbunden sind, und dem Klienten auch rückhaltlos die Mittel zu nennen und ihm deren sorgfältige Anwendung dringend ans Herz zu legen, durch die jene Gefahren vermindert werden können, sowohl was Konzeption als Infektion betrifft. Die Notwendigkeit ergibt sich zuweilen aus therapeutischen Gründen bei Neurosen und Psychosen, wo der Geschlechtsverkehr indiziert, eine Schwangerschaft aber kontraindiziert ist. Auch Humanitätsgründe können dem Arzte die Pflicht, öfter noch das Recht geben, eine Konzeption verhindern zu lassen. — (Man könnte gegen diese Auffassung sehr viel einwenden, was aber bei einem Referat entschieden zu weit führen würde; einem jungen Mädchen unter Umständen einen aufserehelichen Coitus als Arzt anzuraten, erscheint mir sehr gewagt. Der Referent.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Lehrbuch der Intoxikationen, von Rudolf Kobert-Rostock. (Ferdinand Enke, Stuttgart 1904.) Die erste Hälfte des zweiten, den speziellen Teil umfassenden Bandes des in zweiter Auflage erschienen Lehrbuches enthält als erste Abteilung die Stoffe, welche schwere anatomische Veränderungen einzelner Organe veranlassen können, und zwar zuerst die den Arzt interessierenden Sauerstoffsäuren und deren reizende Derivate (Schwefelsäure, schweflige Säure, Salpetersäure, salpetrige Säure, die Säuren des Phosphors und deren Salze, die Säure des Vanadium, Chromsäure und deren Salze, Osmiumsäure, Borsäure, Kieselsäure, Oxalsäure, Ameisensäure und deren Derivate, Essigsäure, Milchsäure, Weinsäure, Zitronensäure, Benzoesäure, Salicylsäuren und als Anhang Gerbsäure und Harnsäure). Es werden die Erscheinungen der akuten und chronischen Vergiftung, die Wirkungen der Salze und Ester klar und präzise geschildert und ausführlich behandelt. Der zweite Abschnitt behandelt die Halogene und deren reizende Verbindungen: Salzsäure, Brom und Bromide, Jod und seine Verbindungen, Fluor und seine Verbindungen. Abschnitt 3 ist den reizenden Verbindungen der Alkalien und alkalischen Erden gewidmet. Hier findet man Kali- und Natronlauge, Alkalikarbonate, die neutralen Kalium- und Natriumsalze, Lithium, Rubidium, Cäsium, das freie Ammoniak, kohlensaures und karbaminsaures Ammonium, Salmiak, Ätzkalk und Calciumkarbid, die übrigen Calciumverbindungen, Verbindungen von Magnesium, Strontium, Baryum, Radium. Abschnitt 4 umfafst die Gruppe des Arsens, Antimons, Phosphors: Abschnitt 5 endlich die Gruppe der Schwermetalle: Uransalze, Merkurialien, Silberpräparate, Blei, Wismut, Zinn, Zink, Kadmium, Kupfer.

Der vorliegende Teil des Werkes schliefst sich in würdiger Weise dem vorangegangenen an und enthält alles Wissenswerte auf dem Gebiete der Intoxikationen; durch die übersichtliche Anordnung ist ein leichtes Orientieren möglich, und ist es

Digitized by Google

nur zu wünschen, dafs auch der noch fehlende Teil bald vollendet wird, damit das Gesamtwerk dann jedem, der sich mit den Vergiftungen aller Art vertraut machen will, zu Gebote steht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Entwicklung der Dermatologie in Berlin. Eine historische Skizze, von Paul Richter-Berlin. Die vorliegende Schrift ist anläfslich des V. internationalen Dermatologenkongresses in Berlin entstanden. Verfasser gibt einen erschöpfenden geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Universität Berlin mit besonderer Berücksichtigung der Dermatologie und der dermatologischen Schriften der Professoren. Dann folgt die Aufzählung der seit Gründung der Universität über Hautkrankheiten und verwandte Gebiete lesenden Dozenten und der literarischen Leistungen der verstorbenen Dermatologen. Nach Berücksichtigung der in Berlin erscheinenden dermato- und urologischen Zeitschriften und des Vereinslebens auf diesem Gebiete werden zum Schlufs die Krankenanstalten für Haut- und Geschlechtskranke angeführt. Verfasser beschliefst seine fleifsige Arbeit mit dem frommen Wunsche, dafs von „mafsgebender“ Seite der Dermatologie immer mehr Interesse zugewandt werde.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Helmitol, Hetralin und Acidum nitricum bei Blennorrhoe und Cystitis, von Bindermann. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 25.) Gegen Blennorrhoe und Cystitis verwendete B. Helmitol, Hetralin und Acid. nitricum. Helmitol und Hetralin wurden sowohl bei akuter als subakuter und chronischer Blennorrhoe und Cystitis blennorrhoischer und nichtblennorrhoischer Natur versucht; dabei wurde kein anderes Mittel — auch keine Injektionen — angewendet. Beide Präparate wurden in Pulver- oder Tablettenform à 0,5 g täglich viermal verabreicht. Bei akuter Blennorrhoe war nach 8—14 Tagen keine wesentliche Beeinflussung des Krankheitsprozesses zu konstatieren, weshalb zu anderen Mitteln gegriffen werden mufste. Bei subakuter resp. chronischer Blennorrhoe und Cystitis linderten sowohl Helmitol als Hetralin den Harndrang und besserten das subjektive Befinden der Patienten wesentlich.

Den günstigsten Erfolg von Hetralin und Helmitol sah B. bei Cystitis non blennorrhoica. Von 11 behandelten Patienten trat bei einigen schon nach einwöchigem Gebrauche wesentliche Besserung ein; in einem Falle war sogar vollständig klarer Urin erzielt worden, während beide Mittel in einem Falle, der schon mehrere Jahre bestand, vollständig versagten. Hervorzuheben ist noch, dafs in einem Falle, wo ein Patient irrtümlich viermal 4 g Hetralin an einem Tage nahm, keine wesentlichen Intoxikationserscheinungen auftraten. Als ausgezeichnetes Adjuvans bei der Behandlung der Cystitis hat sich vollständige Milchdiät erwiesen.

Acidum nitricum wurde zum Teil ausschliefslich an Stelle des Argent. nitric. verwendet. Fast in allen Fällen blieb das bei Argent. nitric. nie fehlende Brennen aus. Nach Ansicht von Porosz entspricht 1 g Acid. nitric. conc. pur. auf 3 l Wasser einer Lösung von 1 g Arg. nitric. auf 1000 l Wasser. Während Porosz bis zu Lösungen von 1 : 400 ging, stieg B. nur auf eine Konzentration von 1 : 1000.

Die mit Acid. nitric. gemachten Erfahrungen berechtigen B. zu dem Schlusse, dafs Acid. nitric. sehr wohl Arg. nitric. zu ersetzen vermag. *Putzler-Danzig.*

Digitized by Google

Über den therapeutischen Wert des Gonosan, von F. Kornfeld-Wien. (*Ther. d. Gegenw.* 1904. Nr. 8.) „Die Zusammenstellung der schmerzlindernden und sekretionshemmenden Wirkung der Kawa mit der des reinen ostindischen Sandelöles, wie sie heute im Gonosan vorliegt, liefs von vornherein erwarten, dafs dieses Mittel die therapeutischen Effekte beider in wohltuender Weise vereinigen werde."

So ist es in der Tat bei Gonosan. Gerade in den akuten Anfällen der Blennorrhoe wurden die Schmerzen gemildert und der Entzündung Einhalt getan, die parästhetischen Sensationen im Urethralkanal und die Sekretion liefsen nach. Und damit ist schon viel erreicht, ist es doch auch ein Zeichen dafür, dafs die Gonokokken in ihrer Menge vermindert und in ihrer Wirksamkeit geschwächt sind.

Bei Urethritis acuta liefs das Gonosan niemals den Tripperprozefs auf die hintere Harnröhre übergehen. Da auch die Magenfunktionen trotz mehrwöchentlichen, selbst unausgesetzten Gebrauches nicht gestört werden, so darf man das Gonosan als ein „sehr gutes, eminent schmerzlinderndes und leicht zu nehmendes, internes Blennorrhoemittel bezeichnen, das einen dauernden Platz in der Arzneikunde verdient."

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über Arhovin, ein neues Antiblennorrhoikum, von Leopold Strauss-Wien. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Verfasser rühmt die günstige Wirkung des Arhovins als internes Antiblennorrhoikum und Anticystitikum (!). Vom Magen wird es selbst in gröfseren Dosen (12 Kapseln à 0,25 g täglich) vorzüglich vertragen, es erhöht die saure Reaktion des Harns, und die alkalische Reaktion wird binnen kurzer Zeit in eine saure umgewandelt. Es klärt sehr bald den Harn und verbessert seinen Geruch. Arhovinharn wirkt in hohem Mafse bakterizid und desinfizierend. Auch als lokales Mittel wirkt es sehr günstig, in 1—2%iger öliger Lösung, als Urethralstäbchen mit 0,05 Arhovin und als Vaginalkugeln mit 0,1 Arhovin.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Haut; eine Studie über deren Elastizität, von Edward Lodholz-Pennsylvania. (*Univ. of Penn. Medical Bulletin.* April 1904.) Die Methode zur Bestimmung der Dehnbarkeit und Elastizität der Haut war die gewöhnliche. Aber es kam Lodholz darauf an, auch einmal die Elastizität der Haut einer Prüfung zu unterziehen, was bisher vernachlässigt worden war. Bei diesem Experimente stellte es sich heraus, dafs die Haut die charakteristische Eigenschaft der meisten lebenden Gebilde besitzt, nämlich die, dafs bei gleicher Gewichtszunahme weniger Ausdehnung der Haut erfolgt. Im einzelnen kam Lodholz zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Elastizitätskurve der Haut gleicht der, welche die Muskeln zeigen.
2. Die nachträgliche Dehnbarkeit ist gröfser als die der Muskeln, Arterien oder der elastischen Gewebe.
3. Die nachträgliche Dehnbarkeit ist proportional der Zahl der Gewichte, die an die präparierte Haut gehängt werden.
4. Dieses phänomenale Wachstum steigert sich ins Unendliche, solange ein Gewicht hinzugefügt wird, falls die Präparation gut gelungen ist.

Die nachträgliche Dehnbarkeit ist weniger markiert als die der Muskeln, Arterien oder gelber elastischer Gewebe und ist nicht konstant.

Je höher die Temperatur, desto gröfser die Dehnbarkeit und desto unvollkommener die Elastizität.

Alkalien vergröfsern und Säuren vermindern die Elastizität.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Digitized by Google

Der Charakter der Chromatophoren, von Leo Loeb-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 23. Juli 1904.) Nach dem heutigen Stand der Forschung sind die Chromatophoren selbständige Zellen. Die der Epidermis sind epithelialen Ursprungs und nicht, wie manche annehmen, aus den Mesodermzellen der Cutis entstanden und in die Epidermis eingewandert. Verfasser glaubt, dafs bei regenerativen Prozessen auch die fertige Haut fähig ist, gewöhnliche Epithelzellen zu Chromatophoren umzuwandeln. Auch die Chromatophoren der Cutis sind wahrscheinlich aus Epithelzellen hervorgegangen. Das Pigment der Epidermis wird in dieser selbst und nicht von den Chromatophoren der Cutis gebildet; denn bei den verschiedenen Wirbeltieren findet sich stets das Pigment zuerst im Epithel, erst später in der Cutis. Es wird wahrscheinlich sowohl in den Chromatophoren, wie in den Basalzellen der Epidermis gebildet und wird von den Chromatophoren auch anderen Epithelzellen zugeführt. Die hämatogene Entstehung des Pigments ist sehr unwahrscheinlich.

A. Loewald-Colmar.

Mikroskopische Technik.

Über die Zellen des menschlichen Eiters und einiger seröser Exsudate. Studien über Färbungen mit dem May-Grünwaldschen Farbstoff. Dissertation von Julius Leuchs, München 1904. Die Zellen des Eiters verhalten sich bei Färbungen mit dem May-Grünwaldschen Farbstoff ebenso wie die weifsen Elemente des Blutes. Bei allen Arten des Eiters fanden sich die neutrophil granulierten Leukocyten vorherrschend. An Degenerationserscheinungen zeigen die Zellen neben dem Phänomen der Karyorrhexis, Karyolysis mit Pyknose des Kerns, Unregelmäfsigkeiten in der Anordnung der Granula, Diffusfärbungen der protoplasmatischen Substanz mit gleichzeitiger Abnahme der Zahl der Granula, Zusammensinterung der Granula zu intensiv gefärbten Schollen, Vakuolenbildung in Kern und Protoplasma, endlich hochgradige Zerklüftung und Auflösung. Eine interessante Abart der neutrophilen Leukocyten konnte in den Leukocyten mit Kugelkernen beobachtet werden. Sie zeigten sich im allgemeinen besser erhalten wie die neutrophilen Leukocyten. An ihren Kernen waren aufserdem die Phänomene des Austritts, der Teilung und der Hohlkugelbildung zu beobachten. Im allgemeinen sind die eosinophilen Zellen besser erhalten wie die neutrophilen Leukocyten. Ein wesentlicher Unterschied bezüglich des Vorkommens der eosinophilen Zellen in akutem bezw. chronischem Eiter konnte nicht konstatiert werden. In mehrmals untersuchten Fällen zeigt sich das Auftreten der eosinophilen Zellen als nicht konstant, indem dieselben erst bei späteren Untersuchungen gefunden werden können, während sie anfangs fehlen oder auch, nachdem sie schon einmal im Eiter vorhanden waren, später wieder verschwinden können. Mastzellen fand Verfasser in 45% der Fälle. Sie sind durch ihre metachromatische (blaue mit einem Stich ins Violette) Färbung der Granula charakterisiert. Bei den Pigmentzellen des Sputums handelt es sich, nach ihrem Aussehen und dem Verhalten der Kerne zu urteilen, um Epithel- (Endothel-) Zellen des Respirationstraktus. Abgesehen von den durch spezifische Mikroorganismen erregten Eiterungen finden sich im akuten Eiter in der Mehrzahl der Fälle pyogene Kokken (Staphylo- und Streptokokken), im chronischen Eiter entweder nur pyogene Kokken oder daneben auch Tuberkelbazillen.

Bezüglich der Cytodiagnostik bei serösen Exsudaten kann sich Verfasser, soweit die Pleura in Betracht kommt, der Ansicht der bisherigen Untersucher anschliefsen, wonach die Lymphocytose in ätiologischen Zusammenhang mit Tuberkulose gebracht werden kann. Zwischen rheumatischer Pleuritis und postpneumonischer glaubt er einen Unterschied in der Hinsicht konstatieren zu können, als bei ersterer das Bild

Digitized by Google

ein bunteres ist, während es sich bei letzterer einförmiger darstellt (hauptsächlich multinukleäre Leukocyten). *Fritz Loeb-München*

Demonstration sog. Psorospermien, von E. Hoffmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) Mikroskopische Präparate am Corps rounds und neue Abbildungen dieser Psorospermien aus der neuesten Arbeit Dariers werden gezeigt. H. bemerkt, dals diese Gebilde nach dem jetzigen Urteil der neueren Bearbeiter keine Parasiten darstellen, dafs es sich vielmehr um eigentümliche Degenerationsformen von Retezellen handelt, die gelegentlich auch bei anderen mit Verhornungsanomalien einhergehenden Hautkrankheiten gefunden werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hygiene.

Allgemeines und Spezielles zur Lehre von der Prophylaxe, unter besonderer Berücksichtigung einiger Haut-, akzidenteller Wundkrankheiten und der Syphilis insontium. Über die Arsenikwirkung bei den verschiedenen Dermatosen, von Behrmann - Nürnberg. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 24—27.) In dieser Arbeit mit der langen Überschrift spricht der Verfasser in bunter Reihenfolge de omnibus rebus et quibusdam aliis. Es wird zunächst die Arsenwirkung bei den verschiedenen Dermatosen erörtert und festgestellt, dafs dieses Mittel in der Dermatotherapie unentbehrlich ist, weil es mehrfachen Indikationen genügt. Das Arsen wirkt: 1. als jucklinderndes Mittel durch Beeinflussung der sensiblen Nerven und ihrer Endorgane in der erkrankten Haut (Lichen ruber planus, Pruritus cutaneus, frische Effloreszenzen der Psoriasis, Pemphigus pruriginosus, Urticaria), 2. dadurch, dafs es die Effloreszenzen der Haut beim Austritt durch dieselbe vermöge seiner Affinität zur Haut und infolge der Hinfälligkeit der pathologischen Gebilde (Lichen ruber planus, frische Psoriasis, Verrucae planae juveniles, Lichen chronicus simplex, warzige Naevi, Ulcus rodens) beseitigt, 3. als blutstillendes und als blutverbesserndes Mittel und als Gegenmittel bei Intoxikationen, die durch eine mangelhafte Tätigkeit der Drüsen entstehen, beim Ausbleiben der physiologischen Sekretion derselben (manche Formen des Ekzems, der Akne vulgaris, der Sklerodermie, Ichthyosis, Psoriasis, Erythromelalgie), 4. als ein die Erythrocyten kräftigendes Mittel auf der einen Seite und ein den Zerfall des krankhaften Gewebes förderndes Mittel auf der anderen Seite (Lymphome, Myome, Pemphigus pruriginosus, Mykosis fungoides, Xeroderma pigmentosum, subcutane Injektionen des Ac. arsenic. bei Pityriasis rubra universalis). Bei der Besprechung der Wirkung der Thyreoideapräparate bei einzelnen Dermatosen (Psoriasis, Ichthyosis, Sklerodermie) wird die Abhängigkeit der Haut von der normalen Funktion der Drüsen betont und die Wirksamkeit des Arsens bei demjenigen Zustand, den man als Thyreoidismus zu bezeichnen pflegt, hervorgehoben, indem es auch hier als kräftiges Nervinum wirkt. Bekannt sind die engen Beziehungen vieler Dermatosen zu den Erkrankungen des Darms. Hierbei sind zu unterscheiden: 1. Hautkrankheiten, welche entstehen durch die Reizung der Enden trophischer, vasomotorischer und sensibler Nerven durch Toxine, die im Darme aus der Nahrung sich bilden; manche Formen von Ekzem, Pellagra, Urticaria ex ingestis, Erythema exsudativum multiforme); 2. Hautkrankheiten, welche zurückzuführen sind auf die übermäfsige Produktion von Fett durch einen übertriebenen Genufs der Kohlehydrate und besonders des Alkohols (Akne simplex, Akne rosacea, Alopecia pityroides, Oedema cutis circumscriptum acutum). — Dafs die Alopecia pityroides nicht durch Mikroorganismen hervorgerufen wird, ist dadurch bewiesen, dafs Entziehung der Kohlehydrate (Alkohol) und Anwendung von fettlösenden Mitteln meist zur Heilung führen. — Haarausfall wird zuweilen durch Tragen enger Halskragen gefördert. Es entsteht eine passive Hyper-

ämie in den Kapillaren der Talgdrüsen der Kopfhaare. Die sich daraus ergebende prophylaktische Mafsregel ist wohl zu beherzigen. Die Prophylaxe der Hauterkrankungen wird mit der fortschreitenden Erforschung ihrer Ursachen immer erspriefslicher werden. Solange wir die Ätiologie vieler Hautkrankheiten nicht kennen, müssen wir uns bei der Prophylaxe darauf beschränken, Mittel anzugeben, welche bei drohender oder eben stattgehabter Infektion die Infektionserreger auf der Hautoberfläche oder in einer geringen Tiefe treffen und sie unschädlich machen. Am meisten empfiehlt sich hier die graue Salbe oder das Hg-Resorbin. Kleine Hautverletzungen sind am besten mit einer konzentrierten Lösung von Lysol (1 : 2) zu betupfen. Bei beginnenden Follikulitiden verhütet die energische Einreibung mit grauer Salbe das Entstehen von Furunkeln, Abscessen oder gar der Sykosis. Auch gegen Mückenstiche und so auch indirekt als Prophylaktikum gegen Malaria ist die graue Salbe zu empfehlen. Die vom Verfasser angegebenen Mafsregeln zur Verhütung von Komplikationen bei der Impfung, wobei das Hg-Pflastermull die Hauptrolle spielt, dürften als zu umständlich kaum befolgt werden. — Auf die Besprechung einiger anderer Punkte müssen wir verzichten, ebensowenig können wir mit dem Verfasser die Exkursion ins Biblische und in die Umgebung von Nürnberg mitmachen. — Die uns in der Überschrift in Aussicht gestellte Besprechung der Syphilis insontium bleibt uns der Verfasser schuldig.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Die medizinischen Gesichtspunkte bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten, von O. Bernekker. (Inaug. Diss. Berlin 1903.) Lesenswerte Arbeit hauptsächlich hygienisch-prophylaktischen Inhalts. *Fritz Loeb-München.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über Hautreflexe, von Karl Kreibich-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) Über die Leistungsfähigkeit der Hautreflexe gehen die Meinungen weit auseinander. Die Wiener Schule mit Hebra und Kaposi, ferner Auspitz nimmt nach klinischen Erwägungen eine hohe Reflexleistung an, und anderseits die Franzosen leugnen den reflektorischen Transfert des Ekzems vollkommen, ebenso auch Czillag. Diese krasse Meinungsverschiedenheit ist möglich, weil die klinischen Erscheinungen im doppelten Sinne ausgelegt werden können und Experimente, welche einen höheren Reflexeffekt als Hyperämie ergeben, nicht vorliegen. Und doch kann der Reflex, als Vermittlung von Nerven und Zentralnervensystem, die höchste pathologische Leistung zustande bringen.

Dabei machte Kreibich acht Versuche an einer hysterischen Wärterin seiner Klinik, die zwei und ein halbes Jahr vorher unter dem Bilde der „multiplen neurotischen Hautgangrän" in Behandlung der Klinik gestanden hatte. Er stach und ritzte die Haut und rieb danach mit Kochsalz oder mit Urtica urens ein oder kolonisierte und schaltete dabei die Möglichkeit der Simulation und des Artefakt sicher aus und kam zu folgenden Schlüssen:

1. Die bei der Patientin spontan auftretenden und experimentell erzeugten Veränderungen sind zweifellos vasomotorischer Natur.

2. Die experimentell hervorgerufenen Veränderungen treten nicht als unmittelbare Folge der äufseren Reizung auf, sondern die Reizerscheinungen blassen ab, die Haut kehrt zur Norm zurück und nach verschieden langer Zeit treten vasomotorische Phänomene auf. Das kürzeste Zeitintervall betrug eine Viertelstunde, ein anderes Mal eine und eine halbe Stunde und ein drittes Mal drei Stunden. Für gewöhnlich wurde im Verlaufe des Vormittags der Versuch gemacht, und nachmittags um 4 Uhr wurden

die Veränderungen konstatiert. Bei den letzten Versuchen betrug das Zeitintervall zehn und zwölf Stunden.

3. In dem Stadium der höchsten Gefäfserregbarkeit tritt auf beiden Vorderarmen symmetrisch, wieder rechts stärker als links, eine Dermatitis auf, die nach ihrem klinischen Aussehen als akutes Bläschenekzem zu bezeichnen war.

4. Die Frage, wie die Nekrose zustande kommt, kann noch nicht vollkommen bindend beantwortet werden. Hier müssen die anatomischen Veränderungen herangezogen werden.

Nach seinen klinischen und anatomischen Untersuchungen neigt Kreibich der Annahme zu, dafs durch Druck des Exsudates zwischen den Cutisfasern und dem Epithel eine Anämie entsteht, die trotz ihrer geringen Dauer in dem serös durchtränkten Gewebe hinreichend ist, um den Chemismus in den betreffenden Bezirken so zu verändern, dafs die Epithelzellen, aber auch die aus den Gefäfszellen austretenden Exsudatzellen nekrotisch werden.

Sollten weitere Untersuchungen trotzdem zeigen, dafs wir mit einer mechanisch-chemischen Erklärung (z. B. nach Art des anämischen Infarktes) nicht auskommen, so berechtigt dieses Resultat noch nicht ohne weiteres zur Annahme selbständiger trophischer Fasern und Zentren, vielmehr zeigt dieser Fall, in welch hohem Mafse die Nekrose von den vasomotorischen Veränderungen abhängig ist; obige Versuche zeigen, wie die Nekrose auf der Höhe der Erscheinungen auftritt.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über eine bisher nicht genügend gewürdigte Ursache für das Zustandekommen entzündlicher Vorgänge, insbesondere der Haut, von Meyer-Bernstadt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 28.) Nach Ansicht des Verfassers besteht die alte humoralpathologische Anschauung von dem Zusammenhang einer fehlerhaften Mischung der Körpersäfte (Dyskrasie) mit verschiedenen Krankheiten, besonders der Haut, im gewissen Sinne immer noch zu Recht. Bei bestehender Obstipation kann sich im Darme eine Menge toxischer Stoffe ansammeln, welche nicht nur durch den Schweifs und die Nieren ausgeschieden werden, sondern schliefslich auch das gesamte Körperprotoplasma in einen krankhaften Zustand versetzen können. Namentlich ist der Schweifs durch Überhäufung mit diesen Toxinen geeignet, die Haut stark zu irritieren, eine Reihe von Hautaffektionen und auch Haarausfall zu verursachen. Diese Vorgänge werden an mehreren Krankengeschichten illustriert.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Die Entwicklungsstörungen der Haut und deren maligne Neubildungen, von Henry G. Anthony-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ* 18. Juni 1904.) Die Bezeichnung Naevus sollte nach des Verfassers Ansicht nur gebraucht werden als klinischer Ausdruck, der jedes Mal bezeichnet, welches bei der Geburt vorhanden ist oder sich kurz nach der Geburt entwickelt, ohne Rücksicht auf seine histologische Struktur und ohne irgendwelchen Anspruch auf wissenschaftliche Genauigkeit. Um alle Mifsverständnisse zu vermeiden, wäre es empfehlenswert, alle abnormen Zustände der Haut, welche intrauterinen Ursprungs und nicht durch eine Krankheit des Foetus hervorgerufen sind, Entwicklungsstörungen der Haut zu nennen. Solcher Störungen gibt es zwei Klassen, Verlagerungen und Entwicklungsanomalien; unter die letzteren wären zu zählen Anomalien der Haare und Nägel, der Verhornung, der Pigmentierung, der Blutgefäfse, des fibrösen Gewebes u. a. Als Ursachen dieser Störungen kommen Erblichkeit und die Toxine chronischer Infektionskrankheiten in Betracht.

Die Verlagerungen betreffen entweder die Drüsenelemente der Haut oder das Pigment (Pigmentmäler). Zu den ersteren gehört das Adenoma sebaceum, das auf eine angeborene Verlagerung von Talgdrüsenzellen, und das Hydroadenoma eruptivum,

Digitized by Google

das auf eine Verlagerung von Schweifsdrüsenzellen zurückzuführen ist. Vom Hydroadenom ist das Epithelioma cysticum benignum, wenn auch klinisch beide sehr ähnlich sind, zu trennen, da dieses durch eine Verlagerung von Retezellen zustande kommt. — Die Pigmentmäler variieren klinisch in den weitesten Grenzen, histologisch haben alle die gleiche Struktur; sie enthalten verlagertes Bindegewebe, verlagerte epitheloide Zellen und verlagerte Haare und sind mehr oder weniger stark pigmentiert. Die Verschiedenheit des klinischen Aussehens hängt von der Menge verlagerten Gewebes und von dem Überwiegen des einen oder des anderen Gewebselementes ab. Was die Entstehung der epitheloiden Zellen in den Pigmentnaevi betrifft, so lehnt Verfasser die Theorie Unnas ab. Nach dieser Theorie entstehen die Naevuszellen durch Wucherung von Epithelmassen in das Bindegewebe mit nachfolgender Abschnürung, und zwar kann dieser Vorgang sowohl im embryonalen Leben wie auch viel später stattfinden. Demgegenüber ist Verfasser der Ansicht, dafs die Verlagerung der Zellen nur während des embryonalen Lebens vor sich geht. Ob diese Zellen epithelialen oder bindegewebigen Ursprungs sind, läfst sich nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse nicht entscheiden.

Maligne Geschwülste (Epitheliome, Sarkome) entwickeln sich sowohl in den drüsigen Verlagerungen wie in den Pigmentnaevi. Von besonderem Interesse sind die auf dem Boden der Pigmentnaevi sich entwickelnden melanotischen, kleinzelligen Geschwülste, die sog. Naevocarcinome. Die Pigmentierung dieser Geschwülste unterscheidet sich von der der Naevi dadurch, dafs das Pigment der letzteren an das Epithel des Rete, die Haarwurzeln und das Drüsenepithel gebunden ist, das der ersteren dagegen an die epitheloiden Zellen. Der vorherrschenden Ansicht, dafs diese Geschwülste den Carcinomen zuzuzählen sind, kann Verfasser nicht beipflichten. Mafsgebend für die Klassifikation dieser Tumoren mufs die Tatsache sein, dafs die Tumorzellen von den Epithelzellen wohl zu unterscheiden sind, und dafs der Tumor stets die Epithelzellen beiseite drängt. Die Geschwulst ist aufgebaut aus verlagertem, embryonalem Gewebe, das wahrscheinlich epithelialen Ursprungs ist; sie zeichnet sich klinisch durch besondere Malignität, die in der Neigung zu multipler Metastasenbildung besteht, aus, ohne dafs eine Tendenz zu örtlichen Einschmelzungen besteht. Sowohl klinisch wie histologisch sind diese Tumoren also von den Carcinomen verschieden und sollten unter den malignen Geschwülsten eine Sonderstellung einnehmen. Am besten würde man sie Naevomelanome nennen.

Diskussion (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Juli 1904): Ravogli ist der Meinung, dafs die Bösartigkeit der Carcinome sehr von der Widerstandsfähigkeit der beteiligten Gewebe abhängig sei. Ein Epitheliom könne jahrelang bestehen, ohne grofse Neigung zu weiterer Ausbreitung; wenn es aber beim Wachstum in die Tiefe auf lockeres Gewebe stofse, das die Aufnahme von Krebselementen in den Organismus begünstige, dann kommt es mit einem Mal zu reichlicher Metastasenbildung. Das Naevusgewebe sei locker und wenig widerstandsfähig, daher der bösartige Charakter des carcinomatösen Prozesses. — Corlett hält die Entwicklung melanotischer Sarkome auf dem Boden von Pigmentnaevi für ein nicht seltenes Vorkommnis. — Heidingsfeld sieht in der Begrenzung des Ausdrucks Naevus auf Zustände, die schon bei der Geburt bestehen, einen Rückschritt. Es mufs zugegeben werden, dafs viele dieser Anomalien sich auf Geweben entwickeln, die allem Anschein nach und, so weit unsere positiven Kenntnisse uns ein Urteil gestatten, während längerer Zeit völlig normal sind. Der Standpunkt, die Ätiologie eines jeden Falles auf der nur vermuteten Annahme versprengter embryonaler Keime zu basieren, ist viel zu dogmatisch. Wahrscheinlich nimmt ein Teil dieser normalen Bildungen seinen Ursprung von normalen Drüsen, Follikeln und Geweben, und wird zur Wucherung angeregt durch Ursachen und Ein-

Digitized by Google

flüsse, die ebenso unklar sind wie die versprengten embryonalen Keime. Gegen diese Annahme HEIDINGSFELDS spricht, wie ANTHONY im Schlufswort bemerkt, erstens, dafs diese Bildungen in aufeinanderfolgenden Generationen vorkommen, zweitens, dafs sie gewöhnlich schon bei der Geburt vorhanden sind, und drittens, dafs sie systematische Anordnung zeigen. CORLETTS Ansicht von der Häufigkeit maligner Entartung der Pigmentnaevi treffe nicht zu. Die Zahl der mit einem Naevus behafteten Menschen sei aufserordentlich grofs (90 %); demgegenüber sei die Zahl der Fälle mit maligner Entartung verschwindend. *A. Loewald-Kolmar.*

Betrachtungen über einige Hauterscheinungen bei chronischer Blinddarmentzündung, von HENRI FOURNIER - Paris. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Schon MOTT beobachtete bei einigen Fällen von Blinddarmentzündung verschiedene Erscheinungen von seiten der Haut, wie Erythem, Herpes und rechtsseitige Hyperhidrosis. F. seinerseits teilt eine Reihe von Krankengeschichten mit, wo sich zu der Darmerkrankung Purpura, Ekzem, starker Pruritus, Urticaria, Prurigo, Akne hinzugesellt, welche jeder Therapie trotzten. Wurde jedoch der Patient auf vegetarische Kost gesetzt und mit Purgentien behandelt, oder wurde chirurgisch das Blinddarmleiden beseitigt, so schwanden auch die Hautsymptome spontan, wie er auch umgekehrt in Fällen, wo solche Hautsymptome vorhanden waren, ohne dafs Patient gerade Schmerzen im rechten Abdomen hatte, in verschiedenen Fällen eruieren konnte, dafs Patient an chronischem Dickdarmkatarrh litt oder schon öfters gelitten hatte und sich zurzeit im latenten Stadium befand. Die Erscheinungen von seiten der Haut fafst F. als direkte Produkte einer intestinalen Intoxikation auf, die sich besonders bei schlechter hygienischer Ernährungsweise und zu reichlicher Fleischkost zeigen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über infektiöse und toxische hämatogene Dermatosen, von J. JADASSOHN-Bern. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37 u. 38). J. versteht unter hämatogenen Dermatosen nur diejenigen Erkrankungen, in welchen das krankmachende Agens durch das Blut unmittelbar in die Haut gebracht wird und dort die ihm entsprechenden Erscheinungen hervorruft. Durch das Blut können in die Haut gebracht werden: 1. Zellen des Körpers, welche in der Haut weiterwuchern (maligne Tumoren); 2. gelöste Substanzen, welche in der Haut in korpuskulärer Form abgelagert werden (Ikterus, Argyrie); 3. gelöste Substanzen, die in der Haut zur Wirkung kommen, ohne dafs sie nachgewiesenermafsen in ihr abgelagert werden (Autointoxikationen, toxische und medikamentöse Dermatosen internen Ursprungs); 4. pathogene Lebewesen, speziell Bakterien. Die unter 3 und 4 genannten sind toxische und infektiöse hämatogene Dermatosen. So sind Variola und die syphilitischen Exantheme hämatogen entstandene Hautlokalisationen des Virus. Die wichtigsten Untersuchungen sind die auf dem Gebiete der pyämisch-septischen Erkrankungen. J. selbst hat dreimal die infektiöse Natur solcher pyämischer Dermatose feststellen können, einmal generalisierte staphylogene Pustulose bei Pyämie und Furunkel, einmal war Pustulose und Erythema nodosum ähnliche Knoten mit Staphylokokken in der Tiefe der Haut bei einer Pyämie, vorhanden und einen dritten Fall, kryptogenetische Arthritis purulenta staphylomycotica mit Erythema nodosum ähnlichem Exanthem. Hierher gehören auch Purpuraformen, blennorrhoische Dermatosen und die Eruptionen der Lepra und eine ganze Anzahl tuberkulöser Hauterkrankungen. Bei den hämatogenen Hautinfektionen spielen die Venen oft eine besondere Rolle, meistens lagern sich die Mikrobien nicht in die gröfseren Venen, sondern in die kleinsten Gefäfse und gelangen von da in die Haut. Die auf dem Blutwege in die Haut gelangenden Entzündungserreger rufen viel mildere Störungen hervor als die exogen wirkenden. Der zweite Abschnitt behandelt diejenigen Dermatosen, bei welchen nicht organisierte

Stoffe der Haut auf dem Blutwege zugeführt werden und sie krank machen. Es sind die drei Hauptgebiete der medikamentösen, der autotoxischen und der durch Mikrobien Toxine bedingten hämatogenen Hauterkrankungen. Von den bestgekannten toxischen Exanthemen, dem Arznei- und dem Serumexanthem, ist ein grofser Teil als entzündlich erwiesen, man braucht bei ihnen nicht auf die hypothetische, speziell auf die zentrale Angioneurose zu rekurrieren. Von den mit mehr oder weniger Begründung als autotoxisch angesehenen und von den meisten mikrobisch - toxischen Erythemen stehen solche Erfahrungen noch aus, und nur per analogiam und aus klinischen Gründen kann man bisher auch bei ihnen auf die entzündliche Natur schliefsen. J. spricht dann über Angioneurosen, Urticaria und über die historische und Nomenklaturfrage, er plädiert dafür, das Wort „Erythem" nur für die nachgewiesenermafsen oder wahrscheinlich vasomotorischen Störungen zu reservieren, alle anderen Erytheme aber als Entzündungen zu bezeichnen. Zum Schlusse wendet er sich in einem dritten Abschnitte zu den Krankheiten, bei denen die Frage zur Diskussion steht, ob die Hautläsionen selbst als infektiös oder toxisch anzusehen sind. Es handelt sich dabei wesentlich um Krankheiten, deren infektiöse Natur unbestritten oder wahrscheinlich ist. Zu der ersten Gruppe gehören manche pyämisch-septikämische Erkrankungen, die Diphtherie und andere akute Infektionskrankheiten und die Tuberkulose, zu der zweiten Erythema exsudativum multiforme und nodosum und einzelne seltene Krankheiten, wie z. B. Impetigo herpetiformis. Alle diese Krankheiten haben das Gemeinsame, dafs es sich unzweifelhaft um Allgemeinerkrankungen handelt, dafs aber Infektionserreger, die man als die Ursache der Hauterkrankung ansehen könnte, nicht oder nicht einwandsfrei und regelmäfsig in der Haut nachgewiesen sind. Die Hautaffektionen kann man in diesen Fällen erklären 1. mit der Annahme einer zentral oder peripherisch bedingten Angioneurose; 2. durch mikrobisch-toxische Substanzen; 3. durch Mikrobien, welche zu spärlich oder zu abgeschwächt sind, wenn wir die schon entwickelten Hauteffloreszenzen auf sie untersuchen, oder deren Nachweis uns mit unseren Methoden noch nicht möglich ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die lokale Beeinflussung der abnormen Hauternährung durch gesteigerte Muskeltätigkeit, von JAKOB HALPERN. (*Medycyna.* 1904. Nr. 35.) Die gesteigerte Muskeltätigkeit übt einen günstigen Einflufs nicht nur reflektorisch auf verschiedene Organe, sondern auch lokal auf die Ernährung der benachbarten Organe, in erster Linie auf die der Haut, aus. So hat Verfasser festgestellt, dafs eine wochen-, eventuell monatelang forcierte Muskeltätigkeit der oberen Extremitäten, insbesondere der Hände, sehr günstig die Hyperidrosis manuum beeinflussen kann. Bei Neigung zur Folliculitis konnte er ebenfalls dieselbe Einwirkung konstatieren. Bei syphilitischen Exanthemen schien die Verfärbung auf der Seite der gesteigerten Muskeltätigkeit früher zu verschwinden als auf der anderen. Sogar auf den Verlauf von Lupus vulgaris scheint dem Verfasser die gesteigerte Muskeltätigkeit einen günstigen Einflufs auszuüben. Die Ursache dieses Einflusses sieht Verfasser in der lokalen Hyperämie der benachbarten Organe.

Leon Feuerstein - Lemberg-Bad Hall.

Ein Beitrag zur Lehre von den strichförmigen Dermatosen, von FRITZ REICHEL. (*Inaug.-Dissert.* Königsberg i. Pr. 1903.) Von den strichförmigen Erkrankungen sind die linearen Naevi am besten studiert und besonders von BLASCHKO beschrieben, nach welchem Autor sie metamerale, den einzelnen Dermatomen oder wahrscheinlicher den einzelnen Dermatomgrenzen entsprechende Ausschnitte aus dem Leistensystem der Haut darstellen. Sie sind Folge von Entwicklungsstörungen. Abhängigkeit von vorausgegangener Erkrankung des Nervensystems ist nicht mit Notwendigkeit anzunehmen. Zu den strichförmigen Dermatosen zählt Verfasser in seinen

Digitized by Google

weiteren Ausführungen die mit entzündlichen Erscheinungen einhergehenden linearen Erkrankungen der VOIGTschen Grenzlinien; auch Fälle von Lichen ruber und halbseitiger Psoriasis in linearer Form sind in der Literatur verzeichnet. RÓNA hat einen Fall von psoriatischen Streifen an beiden Vorderarmen veröffentlicht. Der beschriebene Fall eines zwölfjährigen Mädchens wird vom Verfasser als Lichen chronicus simplex angesprochen und für analog dem TOUTONschen Fall einer „Neurodermitis linearis" gehalten. *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Pathologie der Hautpigmentierungen, von P. SOTIER. (*Inaug.-Dissert.* Würzburg. 1903.) Eine fleifsige Arbeit, die sich nicht in extenso referieren läfst. Verfasser hat dieselbe in mehrere Kapitel eingeteilt: Über Entwicklung des Pigments beim Menschen, über Pigmentierung beim Erwachsenen und über die Herkunft des Pigments überhaupt, über die Mechanik der Pigmentverschiebung, Lagerung des Pigments im Cutisgewebe, Pigment in der Epidermis, Übertreten des Pigments aus dem Korium in die Epidermis, Übertreten des Pigments beim Menschen. Die letzte Frage findet die eingehendste Erörterung; Verfasser wendet sich gegen die Verschleppungstheorie. *Fritz Loeb-München.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Allgemeinbehandlung bei Hautkrankheiten, von PISKO-New York. (*New York medic. Monatsschr.* Mai 1904.) Bei der Untersuchung von Hautkrankheiten sollen alle Hilfsmittel der Diagnostik in Anwendung gezogen werden, bei der Behandlung ist möglichst auf die Ätiologie Rücksicht zu nehmen, die allgemeine Lebensweise und die Diät sollen reguliert werden. Von inneren Mitteln wird die Anwendungsweise des Arsens ausführlich besprochen. Von anderen Medikamenten wird das Pilocarpin bei Prurigo, Sklerodermie und Alopecia areata; Atropin bei Urticaria; Ovariin bei der Akne indurata der Frauen; Bierhefe bei Furunkulosis und Schilddrüsenpräparate bei Myxödem empfohlen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Kosmetische Massage, von J. ZABLUDOWSKI-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 35.) Unter Massage versteht Verfasser einen Komplex von Handgriffen, welche systematisch am menschlichen Körper zu heil-hygienischen oder kosmetischen Zwecken angewendet werden. Die wirksamste Manipulation der kosmetischen Massage, die Durchknetung, kann am Gesicht nur mit der Hand ausgeführt werden, über deren Technik an den einzelnen Stellen sich Verfasser verbreitet; er bedient sich meist dazu nur des Vaselin. album und massiert täglich nicht länger als 15 Minuten das Gesicht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen, von JUL. MÜLLER-Wiesbaden. (*Münch med. Wochenschr.* 1904. Nr. 23.) M. berichtet, dafs er einen Fall von heftigem Pruritus vulvae et ani mit sekundärer Ekzem- und Furunkelbildung, zwei Fälle von jahrelang bestehendem Pruritus ani mit sekundärer Ekzembildung, einen Fall von aufserordentlich starker Hyperhidrosis manuum, einen Fall von Hyperhidrosis der Analgegend und zwei seit drei bezw. vier Jahren bestehende Fälle von chronischem Ekzem beider Hände mit starken Infiltrationen durch Röntgenbestrahlung zur Heilung gebracht hat. In dem Falle von Hyperhidrosis manuum traten nach fünfmaliger Bestrahlung (bei 3 cm Röhrenabstand und 3 Minuten Dauer) an den Daumenballen und ihrer Umgebung heftige Schmerzen auf, die Haut wurde an diesen Stellen hart, trocken und spröde und schälte sich noch drei Tage, die neue Haut zeigte keine abnorme Schweifsbildung. Die gleichen Erscheinungen zeigten sich an den übrigen Partien der Hände. Ob die Heilung in diesem Falle eine dauernde war, weifs M. allerdings nicht. — M. arbeitet meist mit mittelweichen Röhren:

Digitized by Google

in Fällen, in denen aus äufseren Gründen eine häufige Wiederholung der Sitzungen unmöglich ist, verwendet er auch, wenn es sich nicht um Gesicht oder Hände handelt, ganz weiche Röhren. *Götz-München.*

Über die lokale und allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen, von Gustav Baermann- und Paul Linser-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 23.) Während bisher ziemlich allgemein angenommen wurde, dafs von den Geweben der Haut das Epithel durch die Röntgenstrahlen am schnellsten und schwersten geschädigt wird, sind die Verfasser durch theoretische Erwägungen, klinische Beobachtungen und experimentelle Versuche zur Überzeugung gelangt, dafs die Blutgefäfse bei der Röntgenbestrahlung primär und am schwersten geschädigt werden, und dafs diese Gefäfsschädigung das wichtigste Moment für den Verlauf einer Röntgeneinwirkung darstellt; die Veränderungen des Epithels und der übrigen Gewebe der Haut sind lediglich sekundäre Ernährungsstörungen. Das Ergebnis einer neuen Reihe von Tierversuchen, über die kurz berichtet wird, bestätigte die Richtigkeit dieser Auffassung. Weiterhin haben die Verfasser eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen zur Entscheidung der Frage, ob das strömende Blut selbst durch die Röntgenstrahlen geschädigt wird oder vielleicht an der Umsetzung der Strahlen in eine andere Art von Energie beteiligt ist. Das Resultat dieser Untersuchungen war, dafs eine chemisch-biologische Schädigung des Blutes und der Lymphe nicht nachgewiesen werden konnte. An den Blutgefäfsen erleidet durch die Bestrahlung die Gefäfsintima die stärksten Veränderungen; das ist nach Ansicht der Verfasser wohl so zu erklären, dafs bei der Absorption der Strahlen durch das Blut eine in ihrem Wesen vorerst nicht erkennbare Energieumsetzung (vielleicht in eine andere Form von Elektrizität oder in Wärme) stattfindet, und dafs diese neu auftretende Kraft das Gewebe, das ihr am nächsten liegt und ihrer Einwirkung während der ganzen Zeit der Bestrahlung dauernd ausgesetzt ist, d. i. das Endothel, am schwersten schädigt.

Bei sieben Patienten, bei denen zu therapeutischen Zwecken eine Bestrahlung angezeigt war, haben die Verfasser systematische N-Stoffwechselversuche unternommen. Es zeigte sich, dafs bei allen Patienten, zweifellos infolge der Bestrahlung, eine Erhöhung der N-Ausscheidung im Harn eintrat. Die Erhöhung erfolgte stets unmittelbar nach der Bestrahlung, um meist die folgenden 2—3 Tage mit mehr oder weniger starker Steigerung anzudauern. Eine sichtbare Veränderung der Haut wurde bei keinem dieser Patienten beobachtet, dagegen trat in fast allen Fällen nach der Bestrahlung eine zwei Tage andauernde abendliche Temperatursteigerung um $^1/_2$—1° ein. Vielleicht ist diese Erhöhung des N-Umsatzes und der Temperatur auf eine Anregung des Zellstoffwechsels zurückzuführen. — Bei allen Patienten, die nach Röntgenbestrahlungen stärkere Ulcerationen bekamen, stellten sich schon mit den ersten Zeichen der Hautreizung, also mehrere Tage vor Abstofsung des Epithels, Temperatursteigerungen bis 39,5° ein, höchst wahrscheinlich verursacht durch Resorption eines toxischen Agens, das infolge des reichlichen Zerfalls von Gewebe entstanden war. *Stern-München.*

Erfolge der Röntgentherapie, von Eduard Schiff-Wien. (Moritz Perles, Wien. 1904.) Sch. berichtet an der Hand guter Abbildungen über seine Erfolge mit Röntgenbehandlung, besonders beim Lupus vulgaris, die unzweifelhaft sind und den Abbildungen nach tatsächlich auch einen überraschenden kosmetischen Effekt erzielten. Ebenso bewährte sich das Verfahren beim Cancroid, wie die Krankengeschichten zeigen. Die Auffassung Schiffs wird jetzt wohl von allen Autoren geteilt, und zeigte der Berliner Internationale Dermatologen-Kongrefs, dafs allseits der

Röntgenbehandlung bei Lupus, Carcinom eine unzweifelhafte Bedeutung beigelegt wird, und auch andere Autoren dieselben Beobachtungen gemacht haben wie Schiff.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einige Ergebnisse der Behandlung mit X-Strahlen, hochfrequentierten Strömen und ultravioletten Strahlen, von Alfred Codd. (*Brit. med. Journ.* 23. Juli 1904.) Der Verfasser beschreibt kurz eine Anzahl von Fälle von Lupus, Ulcus rodens, Epitheliom, Warzen usw., welche mit der einen oder der anderen Methode erfolgreich behandelt worden sind. Beigegebene Aufnahmen vor und nach der Behandlung zeigen, welche Erfolge selbst bei langwierigen und ausgedehnten Hautkrankheiten noch mit den obigen Methoden erzielt werden können.

C. Berliner-Aachen.

Einige typische Beispiele der Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochgespannten Strömen, von A. W. Wigmore-London. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1904.) An einer Anzahl von Fällen zeigt Verfasser, welch gute Resultate er mit der Kombination von Röntgenstrahlen und hochgespannten Strömen und gleichzeitiger Applikation der bei verschiedenen Hautkrankheiten üblichen, bewährten Mittel erzielt hat, wie z. B. bei Psoriasis Unnas Unguent. Pyrogalloli compositum in Verbindung mit der X-Strahlenbehandlung sich sehr nützlich erwiesen hat.

C. Berliner-Aachen.

Versuch einer Bestimmung der Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen mit Rücksicht auf die Bedeutung der Durchlässigkeit der Gewebe für die Radiotherapie, von G. Perthes-Leipzig. (*Fortschr. f. Röntgen.* VIII. Heft 1.) Die Ergebnisse der umfangreichen Arbeit aus den Versuchen sind:

1. Die Durchlässigkeit der Weichteile des menschlichen Körpers, mit Ausnahme von den Geweben, die spezifisch leichter sind als Wasser (Lunge, Fettgewebe) kommt der des Wassers aufserordentlich nahe. Nur Lunge und Fettgewebe sind durchlässiger als Wasser, die übrigen Weichteile einander ziemlich gleich und sehr wenig undurchlässiger als Wasser.

2. Bei Bestrahlung des Körpers sinkt die Intensität der X-Strahlen von der Körperoberfläche nach dem Körperinnern zu rasch ab. Bei Verwendung von mittelweichen Röhren ist in 1 cm Tiefe nur 50—60 %, in 2 cm Tiefe nur 35—45 %, in 3 cm Tiefe nur 20—30 % der ursprünglichen Intensität vorhanden.

3. Die Intensitätsabnahme erfolgt langsamer bei der Verwendung harter Röhren, aber auch in diesem Falle sinkt die Intensität im vierten Zentimeter unter 40 %, im fünften unter 25 % des ursprünglichen Wertes herab.

4. Die Intensitätsabnahme in der Tiefe erfolgt merklich langsamer, wenn auf die Körperoberfläche eine absorbierende Schicht — etwa 1 mm Aluminium — gelegt wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere, von M. Seldin-Bobruisk. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. VII.) Im ersten Teile seiner Arbeit macht Verfasser Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere, im zweiten untersucht er ebenso die Wirkung der Radiumstrahlen. Sehen wir von den Erscheinungen der Haut ab, die ja schon oft beschrieben und über welche eine gewisse Einigkeit bei allen Forschern herrscht, so ergeben die neuen Versuche Seldins folgendes: 1. Unter mehr oder weniger intensiver Röntgen- und Radiumbestrahlung gehen kleine Säugetiere (Mäuse) zugrunde, und die Tiere sind für die Strahlen um so mehr empfindlich, je kleiner und jünger sie sind; unter den dem Tode vorausgehenden Erscheinungen sind besonders die cerebralen hervorzuheben. 2. Bei gröfseren Tieren (Meerschweinchen)

waren bei Bestrahlungen mäfsigen Grades keine nennenswerten Erscheinungen wahrzunehmen, die auf einen Einflufs der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Allgemeinbefinden hindeuten könnten; zur Hervorrufung eines Effektes sind hier offenbar weit intensivere Bestrahlungen als bei Mäusen erforderlich. 3. Unter mehr oder weniger intensiver und ausgedehnter Röntgen- und Radiumbestrahlung der Hoden eines Tieres kommt es in den letzteren zur Atrophie und zu degenerativen Prozessen, vor allem des spezifischen Kanälchenepithels und dadurch zur Nekrospermie und Azoospermie, und zwar unter dem Einflusse der Radiumstrahlen schon bei viel geringerer Exposition als bei den X-Strahlen. 4. Nach etwa gleich intensiver Röntgen- und Radiumbestrahlung der Lebergegend konnten an der bestrahlten Stelle der Leber weder makroskopisch noch mikroskopisch deutliche Veränderungen nachgewiesen werden. Die Versuche wurden im Röntgeninstitut von Dr. Scholtz in Königsberg ausgeführt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen, von W. Scholtz-Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) In Ergänzung seiner früheren Mitteilungen über den gleichen Gegenstand berichtet Verfasser, dafs er inzwischen den Lupus der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens erfolgreich mit Radiumstrahlen behandelt hat, indem er die Radiumkapsel unmittelbar an die erkrankte Schleimhaut brachte. Bezüglich der Dauerresultate hält Verfasser noch mit seinem Urteil zurück. Überraschend günstig beeinflufst wurde durch Radiumbestrahlungen ein Fall von inoperablem Carcinom der Haut in der Umgebung des Auges. Innerhalb fünf Monate ist, abgesehen von einer etwa erbsengrofsen Stelle, vollständige Rückbildung des Carcinoms eingetreten, „so dafs man an diesen Partien klinisch von einer Heilung sprechen kann". Die carcinomatöse Wucherung ist, ohne dafs es zu Ulceration kam, langsam geschwunden. — Die von Albers-Schönberg kürzlich mitgeteilte Beobachtung, dafs Meerschweinchen bei längere Zeit fortgesetzter Röntgenbestrahlung steril werden, bestätigt Verfasser und berichtet, dafs die mikroskopische Untersuchung der Hoden eine aufserordentlich auffallende Degeneration des Epithels der Samenkanälchen ergeben hat. Damit ist bewiesen, dafs die Röntgenstrahlen eine intensive Wirkung auf innere Organe auszuüben vermögen, ohne dafs es an der Haut zu Entzündungserscheinungen oder Ulcerationen zu kommen braucht. Für die Therapie der Carcinome innerer Organe kann diese Tatsache bedeutungsvoll werden. Die gleiche Wirkung ist auch bei den Radiumstrahlen von Seldin festgestellt worden.

A. Loewald-Kolmar.

Die Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen, von R. Morton-London. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1904.) Der Verfasser beschreibt die klinischen Erscheinungen, welche unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen auf der normalen Haut auftreten. Sie sind bei schwacher Einwirkung a) Pigmentation; b) Erythem; c) Erbleichen und Lockerung der Haare.

Werden jetzt die Expositionen fortgesetzt, so beginnt eine andere Reihe von Erscheinungen, welche man als Röntgen-Dermatitis oder Verbrennung bezeichnen kann. Von dieser unterscheidet Verfasser je nach der Intensität vier Grade.

Die histologischen Veränderungen bestehen im allgemeinen in einer langsamen Degeneration hauptsächlich der Epithelialzellen, in geringerem Grade der Zellen der Drüsen und Gefäfse. Die Bindegewebszellen und das Muskelgewebe werden nur in intensiven Graden der Röntgenverbrennung mit ergriffen. Schreitet die Degeneration weiter, so setzt eine entzündliche Reaktion ein, die Gefäfse sind erweitert, und es besteht deutliche Auswanderung von Leukocyten und roten Blutkörperchen. Mit ihnen scheinen degenerierte Gewebsmassen eliminiert zu werden.

In therapeutischer Beziehung hebt Verfasser die glänzenden Resultate der

Digitized by Google

Röntgenbehandlung beim Ulcus rodens hervor, die man früher nicht gekannt hat. Allerdings darf die Methode nicht von ungeschickten und unbefähigten Personen ausgeübt werden.

Einer ebenso eingehenden Besprechung würdigt Verfasser sodann das Radium, dessen therapeutischer Wert bei der Behandlung maligner Hautneoplasmen erst durch weitere Untersuchungen und eine längere Beobachtungszeit festgestellt werden wird.

C. Berliner-Aachen.

Weitere Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Radiums und Thoriums, von J. M. H. MacLeod-London. (*Brit. med. Journ.* 11. Juni 1904.) Die Radio-Aktivität des Radiums, welches Verfasser anwandte, ist auf 600 000 Einheiten geschätzt worden, indem man die Aktivität des Uraniums als Einheit annimmt. Es wurde in Quantitäten von 5 mg in versiegelte Glasröhren gelegt. Verfasser benutzte auch eine dieselbe Quantität Radiumbromid, aber von zwei- bis dreimal so starker Aktivität enthaltende Glasröhre; diese bezeichnet er als „stark", die erstere als „schwach".

Die Erfahrungen des Verfassers hinsichtlich des therapeutischen Wertes des Radiumbromids haben ergeben, dafs der Hauptnutzen des letzteren bei der Behandlung des Ulcus rodens zu erwarten ist, namentlich wenn dasselbe kleinen Kalibers ist. Wo der Durchmesser des Ulcus rodens gröfser als eine Mark ist, empfiehlt sich, besser die Röntgenstrahlen zu verwenden.

Beim Epitheliom war der Erfolg zweifelhaft, doch sind die Beobachtungen nicht abgeschlossen, um ein definitives Urteil abzugeben.

Beim Lupus vulgaris, jedoch nur bei sehr kleinen erkrankten Partien, verursacht das Radium Verschwinden des Granuloms und Ersatz desselben durch gesundes Narbengewebe. Es ist auch ein nützliches Adjuvans der Finsenlicht- und Röntgenstrahlen-Behandlung. Beim Lupus vulgaris verrucosus ist es jedoch dem Finsenlicht überlegen.

Was das Thorium betrifft, so war der therapeutische Erfolg in zwei Fällen von Lupus vulgaris ein völlig negativer. *C. Berliner-Aachen.*

Der gegenwärtige Stand der Radiumtherapie, von O'Brien. (*Brit. med. Journ.* 23. Juli 1904.) Der Verfasser teilt zunächst seine Erfahrungen mit, die er mit Finsenlicht und den Röntgenstrahlen gemacht hat. Kommt ein Fall in Behandlung — zumeist sind es Lupusfälle —, so steht man vor der Frage, welche von beiden Methoden anzuwenden sei. Bestimmte Normen lassen sich jedoch nicht aufstellen. Langjährige Erfahrung lehrt bald die eine, bald die andere, unter Umständen auch beide bei einem und demselben Kranken gebrauchen. Gewisse erkrankte Partien eignen sich besser für die Finsentherapie, andere Körperstellen mehr für die Röntgenstrahlen. Verfasser illustriert das Gesagte durch einige Krankengeschichten. Es ergibt sich aus denselben, dafs es für umschriebene, oberflächliche Lupusstellen, besonders im Gesicht, nichts Besseres als die Finsentherapie gibt.

Mit der Radiumtherapie hat Verfasser, wenn auch nach mühsamer Behandlung, Erfolge gesehen, doch hält er, mit Rücksicht auf die seltene Gelegenheit, wegen des teuren Preises und der geringen Quantitäten, viele Fälle zu behandeln, die Zeit noch nicht für gekommen, um ein definitives Urteil über den Wert des Mittels zu fällen.

C. Berliner-Aachen.

Ein neues radiometrisches Verfahren, von Leopold Freund-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 15.) Um die therapeutischen Mengen von Röntgenlicht genauer zu bestimmen, als es mit dem Holzknechtschen Chromoradiometer möglich ist, hat Freund ein gleichfalls kolorimetrisches Verfahren aufgegriffen, welches schon W. B. Hardy und Miss E. G. Willcock in ihren Arbeiten über die oxydierende Wirkung der Strahlen von Radiumbromid zuerst zur Ausführung gebracht haben. Freund übertrug dies Verfahren auf die Röntgenstrahlen. Es handelt sich um die

Digitized by Google

Tatsache, dafs die Jodoformkollodiumlösung, anfangs gelblich-weifs, klar und durchsichtig ist und später sich rot-violett und schliefslich ganz dunkel färbt; und zwar ist dieser Farbenwechsel, wie W. B. Hardy nachgewiesen hat, durch das Freiwerden von Jod bedingt, und er findet nur statt bei Gegenwart von Sauerstoff und irgendeiner Art von strahlender Energie (Licht-, Radium- und Röntgenstrahlen). Es zeigt sich nun bei den Freundschen Versuchen, dafs die Farbennuancen, welche Röntgenbestrahlungen von verschiedener Dauer und verschiedener Intensität in Lösungen des Jodoforms erzeugen, wesentlich differieren und leicht auseinander gehalten werden können. Am besten bewährten sich 2 %ige Lösungen des kristallisierten chemisch reinen aus Chloral hergestellten Chloroform. Und nach einer Bestrahlung von sechs Minuten war eine merkliche Farbennuance an der Jodoform-Chloroformlösung schon deutlich ausgeprägt.

Allerdings haften zwei Mängel des Holzknechtschen Instrumentes auch diesem Verfahren an, und zwar:

1. Es berücksichtigt die Qualität der zur Wirkung gelangenden Strahlung nicht.
2. Die Absorptionsverhältnisse seitens der chemischen Individuen sind nicht genau dieselben wie jene der lebenden Gewebe.

Trotzdem glaubt Freund, dafs das Verfahren wegen seiner Empfindlichkeit, seiner leichten Durchführbarkeit, und weil es zu individualisieren gestattet, das radiotherapeutische Arbeiten leichter gestalten und dem internationalen wissenschaftlichen Gedankenaustausch auf diesem Gebiete ein brauchbares Verständigungsmittel zuführen wird, so dafs wir, wenn auch nicht mathematische Exaktheit, so doch einen brauchbaren Behelf für weitere Forschungen und die praktische Röntgentherapie darin finden können. *Arthur Rahn-Collm.*

Radium und seine therapeutischen Möglichkeiten, von Wm. Allen Pusey-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 16. Juli 1904.) Vorwiegend referierender Vortrag, von dem nur die wesentlichsten Schlufsfolgerungen mitgeteilt seien: Die Wirkungen des Radiums auf die Gewebe sind denen der Röntgenstrahlen analog, wenn nicht völlig gleichartig. Dementsprechend sind auch die Indikationen zu seiner therapeutischen Verwendung die gleichen wie bei den X-Strahlen. Welchem der beiden Mittel der höhere Wert zukommt, ist noch nicht zu sagen. Wegen ihrer geringen Tiefenwirkung werden die Radiumstrahlen wohl nur bei oberflächlichen Hautaffektionen den Röntgenstrahlen gleichwertig sein. Die Dosierung ist bei den Radiumstrahlen eine genauere, und sie haben den Vorzug der leichteren Anwendbarkeit an schwer zugänglichen Stellen. Ihr Nachteil liegt in der verhältnismäfsig geringen Quantität verwertbarer Energie und darin, dafs nur kleine Flächen bestrahlt werden können. Von epochemachender Bedeutung für die Therapie wird das Radium wohl kaum werden. Es wird die anderen Methoden vielleicht ergänzen und, wenn es erst billiger und in gröfseren Mengen erhältlich ist, wird es vielleicht in beschränktem Mafse die Radio- und Phototherapie verdrängen. Vorläufig ist es jedenfalls kein vollwertiger Ersatz, weder für die eine noch für die andere Methode. Bisher sind die therapeutischen Möglichkeiten des Radiums überschätzt worden.

Diskussion: Corlett-Cleveland hält gleichfalls das Radium für weniger wirksam als die Röntgenstrahlen. Photo- und Radiotherapie ergänzen sich in dem Sinne, dafs, wenn die Wirksamkeit der einen Methode auf einem toten Punkt angelangt ist, ein Ersatz durch die andere Methode weiteres Fortschreiten der Besserung erzielt. Versuche mit dem Radium haben nach dieser Richtung hin enttäuscht.

Schamberg-Philadelphia hat mit Radium in der Krebsbehandlung nur mäfsige Erfolge erzielt. Die Tiefenwirkung ist nur eine recht geringe. Von besonderem Wert wird seine Anwendung wohl nur bei schwer zugänglichen Körperstellen (Nasen-, Mund-

Digitized by Google

höhle, Vagina, Rectum) sein. Der gleichen Ansicht ist auch Duncan Bulkley - New York. Bei Epitheliomen der Zunge hat er sehr schöne Erfolge gesehen. Dagegen hat ihn das Radium bei der Lupusbehandlung gänzlich im Stiche gelassen.

Pusey bemerkt im Schlufswort, dafs die Verschiedenheit der Resultate teils auf die Differenzen in der Stärke der Radiumpräparate, teils auf die individuellen Unterschiede in der Empfänglichkeit zu beziehen sind. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Vergleich der Phototherapie, Radiotherapie und der Anwendung der Hochfrequenzströme bei Hautkrankheiten, von C. W. Allen New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Juli 1904.) Bezüglich der Phototherapie und Radiotherapie sagt Verfasser nichts, was sich wesentlich von den Berichten anderer Autoren unterschiede. In der Beurteilung dieser beiden Methoden herrscht ja im allgemeinen ziemliche Übereinstimmung. Mit Hochfrequenzströmen hat Verfasser über 250 Fälle von Hauterkrankungen behandelt und kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. In einer verhältnismäfsig grofsen Zahl von Hautaffektionen ist die örtliche Wirkung der Hochfrequenzströme eine die Heilung fördernde.

2. Bei einer beschränkten Zahl von Kranken mit Ernährungsstörungen an der Haut befördert die Arsonvalisation oder Autokondensation die raschere Beseitigung lokaler Veränderungen.

3. Auf parasitäre Affektionen hat die Methode wohl Einflufs, doch sind die Erfolge nicht schneller oder besser als mit den älteren Mitteln.

4. Das breiteste Feld ihrer Wirksamkeit finden sie bei den ausgesprochen pruriginösen Affektionen, und unter diesen besonders bei den zum Nervensystem in Beziehung stehenden und schmerzhaften Hautleiden.

5. Von hervorragendem Wert ist der Hochfrequenzfunke zur fast schmerzlosen Beseitigung kleiner Neubildungen, wie Naevi, Warzen, Tumoren, auch bösartiger Geschwülste, sowie von Lupus und Lupus erythematosus.

6. Den Röntgenstrahlen stehen die Hochfrequenzströme an Wirksamkeit wohl nach; doch steigern die beiden Methoden oft gegenseitig ihren Einflufs.

Das Gesamturteil des Verfassers über alle drei Methoden lautet wie folgt:

1. Bei der grofsen Mehrzahl von Hautleiden sind die Röntgenstrahlen von gröfserem Nutzen als die Lichtstrahlen und die hochfrequenten Ströme.

2. Beim Lupus ist die Finsenmethode, obwohl langweilig und umständlich, besonders wirksam. Eine Kombination der Röntgenstrahlen und der Hochfrequenzströme vermag gleich gute Resultate zu liefern.

3. Die Röntgenstrahlen sind der Phototherapie bei Krebserkrankungen überlegen.

4. Die Methode des Hochfrequenzstromes ist exakt, nicht umständlicher als die Finsensche, und gibt bei kleinen Epitheliomen, Herden von Lupus, Lupus erythematosus und anderen Hautleiden raschere und bessere Resultate.

5. Alle drei Methoden werden mit Vorteil bei den verschiedenen Krankheitsstadien kombiniert angewandt.

Diskussion: Corlett-Cleveland teilt als Ergebnis einer Reise durch Europa mit, dafs mit Finsens Methode nirgends so gute Resultate erzielt werden wie in Kopenhagen; er sah dort vortreffliche Heilerfolge auch von Lupus erythematosus und Gefäfsmälern. Alle sog. „Verbesserungen“ der Finsenapparate haben sich nicht bewährt. Auf Langs Klinik in Wien konnte man in Behandlung befindliche Lupusfälle vergleichen, die teils nach Finsen, teils mit Röntgenstrahlen, teils chirurgisch behandelt wurden; es konnte kein abschliefsendes Urteil zugunsten einer der drei Methoden gefällt werden. Die Hochfrequenzströme hat C. bei Lupus erythematosus, Alopecia areata und Akne angewandt, er sieht in ihnen nur ein Stimulans. Juckstillende Wirkung bei Pruritus konnte er nicht beobachten.

Digitized by Google

GOTTHEIL-New York tritt lebhaft für die Finsenmethode ein, deren Unschädlichkeit er besonders rühmt. Mangelhafte Erfolge dürfen, wenn nicht mit hinreichend lichtstarken Apparaten (nicht unter 40 Ampères), gearbeitet wird, nicht der Methode zur Last gelegt werden.

BAUM-Syracuse gibt Beispiele für den wechselnden Einfluſs der Lichtstrahlenbehandlung auf syphilitische Geschwüre. Die günstige Wirkung der Hochfrequenzströme sah B. in einem Falle von Bubo inguinalis; nach zweimaliger Behandlung war die vorher staphylokokkenreiche Wundhöhle steril. Auch in einem Falle von Pruritus am Scrotum bewährte sich die Methode vorzüglich.

SCHAMBERG-Philadelphia ist von der Wirkung der Lichtbehandlung mit der London Hospital lamp enttäuscht. Die erzielten Erfolge entsprachen nicht dem Aufwand an Zeit, Kosten und Mühe. Die Lampe hat nicht genügende Lichtstärke. Die Methode FINSENS ist sicherlich das beste Mittel zur Lupusbehandlung. Für den Lupus der Schleimhäute, Lupus mit Ulcerationen und für die papillomatösen Fälle sind die Röntgenstrahlen vorzuziehen.

VARNEY-Detroit empfiehlt zur Vorbereitung der Lichtbehandlung die Anwendung der Curette oder einer Arsenikpaste. Röntgendermatitis sah V. vorzugsweise bei Alkoholikern. Zur Beseitigung der Dermatitis rät V., nicht mit den Bestrahlungen aufzuhören, sondern mit ganz kurzen, zwei bis vier Minuten dauernden Bestrahlungen fortzufahren. Das gleiche Vorgehen gegen die Dermatitis empfiehlt auch DUNCAN BULKLEY. Die Erfahrungen BULKLEYS mit Hochfrequenzströmen sind besonders günstig bei Gefäſsmälern und Warzen; auch die juckstillende Wirkung kann er bestätigen.

ALLEN bemerkt zum Schlusse, daſs er von den Hochfrequenzströmen auch günstige Beeinflussung der Röntgenulcera gesehen habe. *A. Loewald-Kolmar.*

Beiträge zur Behandlung von Hautkrankheiten mit konzentriertem Licht, von GERHARD JOACHIM. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1903.) Die interessanten Untersuchungen erstrecken sich 1. auf die physikalischen Eigenschaften des Eisenelektrodenlichtes; 2. auf seine bakterizide Kraft; 3. auf seine Wirkung auf die gesunde Haut; 4. auf seine therapeutische Wirksamkeit. — Zwecks Untersuchung der histologischen Veränderungen, die durch die Lichtbehandlung in der gesunden Haut hervorgerufen werden, wurde aus der Haut des Vorderarmes des Verfassers eine Exzision vom Rande der beleuchteten Partie gemacht, 16 Stunden nach der Beleuchtung. Die Bindegewebsfasern der Cutis erschienen etwas gequollen; die Blutgefäſse waren erweitert, stellenweise sah man in ihrer Nähe geringe Ansammlungen von Leukocyten. Das Protoplasma der Epidermiszellen war vielfach von Vacuolen durchsetzt, die sich mit Vorliebe in der Nähe des Kerns gebildet hatten. Die Prüfung der therapeutischen Wirksamkeit des Eisenelektrodenlichtes ergab im ganzen günstige Resultate, die aber noch nicht definitiv sich beurteilen lassen. *Fritz Loeb-München.*

Zur Eosin-Lichtbehandlung, von F. J. PICK-Prag und K. ASAHI-Fukuoka (Japan). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Verfasser berichten über ihre Erfahrungen, die sie in den letzten drei Monaten mit der Eosin-Lichtbehandlung an einigen Hautkrankheiten machten. Es handelt sich um zwölf Lupusfälle, ein Tuberculosis cutis verrucosa, fünf Trichophytie, drei Skrophuloderma und ein Ulcus rodens. Die Resultate waren durchwegs günstig, bei allen Fällen kam es bald zu einem deutlichen Rückgang der Entzündungserscheinungen, besonders auffallend waren die Rückbildungsvorgänge bei hypertrophischen Prozessen. Die kosmetischen Resultate waren gut, unangenehme Nebenerscheinungen während der Behandlung fehlten. Auch bei der Behandlung granulierender Wunden leistete die Eosin-Lichtbehandlung gute Dienste. Jedoch sind Verfasser so vorsichtig, nicht von Heilung des Lupus nach so kurzer Zeit zu sprechen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Digitized by Google

Über elektro-therapeutisches Arbeiten, von J. Macinthyre-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1904.) Der Verfasser bespricht eingehend die verschiedenen Theorien zur Erklärung der Wirkung der Röntgen- wie der Radiumstrahlen, erörtert die Nachteile mancher Apparate, mit denen gearbeitet wird, und die Vorzüge einzelner, die sich als besonders zweckmäſsig erwiesen haben. Hierauf teilt Verfasser seine Erfahrungen mit, die er in einigen Fällen von Lupus vulgaris, Ulcus rodens und Epitheliom mit Röntgenstrahlenbehandlung gemacht hat. Beigefügte Illustrationen zeigen den eklatanten Erfolg sachverständiger und ausdauernder Arbeit.

C. Berliner-Aachen.

Über Hefeseifen, von Dreuw-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 27.) Die Hefe besitzt durch ihren Gehalt an Nukleinsäure antibakterielle, und durch ihren Gehalt an Katalase, eines reduzierenden Fermentes, reduzierende Eigenschaften. Der günstige Einfluſs der Hefe ist längst bei einer groſsen Reihe von Krankheiten erprobt. Um eine bequeme äuſsere Anwendungsweise des Mittels zu ermöglichen, hat Verfasser eine neutrale überfettete Hefeseife herstellen lassen, der er verschiedene andere medikamentöse Zusätze hat geben lassen. Mit Erfolg hat er diese Seifen angewandt bei Akne des Gesichtes, Halses und Rückens, bei Follikulitiden und kleinen Furunkelbildungen, sowie bei chronischen, nicht nässenden Ekzemen. Für Akne und Folliculitis bewährte sich besonders die Salicylsäure-Schwefel-Hefeseife (Salicylsäure 2 %, Schwefel 7 %).

A. Loewald-Kolmar.

Über die Verwendung des farblosen Teers „Anthrasol“, von James Silberstein. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1904. Nr. 27.) Anthrasol (Knoll & Co., Ludwigshafen) soll nicht die unangenehmen Wirkungen auf die Nieren haben wie der Teer. Es enthält die therapeutisch wirksamen Bestandteile des Teers, die Phenole und die Kohlenwasserstoffe, sieht aus wie Olivenöl, hat den typischen Teergeruch, der durch Pfefferminzöl gemindert ist, klebt nicht und ist leicht in absolutem Alkohol, in 90 % aber nur bis zu 10 % löslich. S. hat Anthrasol mit Erfolg angewendet:

1. Bei nicht parasitärem Ekzem, denn Anthrasol ist reizlos, als 10 %ige Salbe.
2. Bei parasitärem Ekzem (Scabies, Herpes tonsurans, Pityriasis) als reine Anthrasolsalbe oder mit Schwefel und grüner Seife gemischt, bei behaarten Stellen als 10 %iger Anthrasolspiritus, hierbei wirkt das Anthrasol (Phenol) antiparasitär. Ebenso wirkt Anthrasol juckreizmildernd bei Prurigo und Urticaria. Besonders praktische Anwendung findet Anthrasol als Seife (von Stiefel, Offenbach a. M. hergestellt) zu 10 % gemischt mit Borax, Schwefel und Petrosulfol. Betreffs der Einzelheiten muſs auf das Original verwiesen werden.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Schwere Nephritis nach Einreibung eines Skabiösen mit Perubalsam, von A. Gassmann-Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 30.) G. beobachtete bei einem 26 Jahre alten, kräftigen Manne, bei dem wegen Skabies an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 25 g Perubalsam eingerieben worden waren, das Auftreten einer schweren Nephritis mit Temperatursteigerung, starker Verminderung der Harnmenge, Ödem des Gesichts und der Beine, Ergüssen in die Pleurahöhlen und in das Abdomen, Durchfällen und Glottisödem; der Harn enthielt Cylinder, Leuko- und Erythrocyten und während der ersten 14 Tage 3 % Eiweiſs.

Wenn auch vereinzelt schon rasch vorübergehende Albuminurie und leichte Nephritis nach Einreiben von Perubalsam beobachtet worden ist, so steht doch der hier geschilderte Fall wegen seiner Schwere einzig da. Das verwendete Präparat war, wie die chemische Untersuchung zeigte, ziemlich rein; man muſs also in dem Falle wohl eine Idiosynkrasie gegenüber dem Perubalsam annehmen. G. hält es für möglich, daſs ähnliche Fälle öfter vorkommen, aber unbeachtet bleiben, weil die Patienten bei

Digitized by Google

Erkrankung nach einer Skabieskur sich meist anderswohin wenden; um hierüber Klarheit zu gewinnen, wünscht G. Urinuntersuchungen an grofsem Material vor und nach Einreibungskuren mit Perubalsam. *Götz-München.*

Über die Verwendung der Protargolsalbe in der Behandlung der Wunden und Hautkrankheiten, von Arthur Hofmann-Leverkusen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 45.) Die Protargolsalbe wirkt antiseptisch, verhütet das Entstehen entzündlicher Prozesse innerhalb der Wunde und deren Umgebung, sie ist reizlos und greift selbst zarte Haut in keiner Weise an, auch begünstigt sie die Granulationsbildung, ohne jedoch eine Überwucherung der Granulationen hervorzurufen. Sie regt die Epidermisierung der Wundränder energisch und nachhaltig an, wirkt austrocknend und schmerzt wenig. Die Abnahme des Verbandes vollzieht sich glatt und beschwerdelos, da der mit Protargolsalbe versehene Verband nie mit der Wunde verklebt ist. Die Narben sind von vorzüglicher Beschaffenheit. Aufser bei Wunden wandte Verfasser oft die Salbe an bei Verbrennungen aller Art und Krampfadergeschwüren der Unterschenkel, ebenso bei chronischen nässenden Ekzemen, Nachbehandlung von Furunkeln, Karbunkeln, gangränösen und phlegmonösen Prozessen. Eine gute Vorschrift zur Herstellung der Protargolsalbe ist folgende:

℞ *Protargol.*	1,5—3,0
Solve in Aq. frigid.	5,0
Tere cum lanolin. anhydr.	12,0
Adde *Vaselin. flav. am.*	ad 30,0.
M. f. unguentum.	

Es empfiehlt sich, die Salbenmasse auf Verbandgaze aufgestrichen zu verwenden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche" in der Dermatotherapie, von J. Pacyner-Krakau. (*Kinderarzt.* 1904. Nr. 6.) P. hat das Thigenol in etwa 100 Fällen angewendet, und zwar meistens bei Ekzemen. Bei akuten, nicht nässenden Ekzemen verwandte er es in 10—20—30%igen Salben mit Ungt. simplex, Ungt. Wilsonii, Zinkpaste oder Lanolin. Von 14 Fällen erfolgte in 5 Fällen vollständige Heilung nach zwei Wochen, in 7 Fällen in zwei bis vier Wochen, in einem nach sechs Wochen. Einer entzog sich der Behandlung. In sechs Fällen von akutem, nässendem Ekzem wandte er Thigenol in 30—50%iger alkoholisch-wässeriger Lösung an und erreichte in spätestens fünf Wochen Heilung. Auch bei chronischen Ekzemen will er stets günstige Erfolge erzielt haben. Bei Dermatitis, Impetigo, Trichophytie waren die Resultate zufriedenstellend. Schmerzstillend wirkte das Thigenol bei Verbrennungen. Prurigo wurde nicht günstiger beeinflufst als durch Naphtolsalben. In einem Falle von Herpes brachte eine 20%ige Thigenol-Glycerinlösung Reizung und Schwellung hervor; später trat Heilung ein. Akne behandelte er mit 50%iger Thigenol-Alkohol-Wasserlösung und erreichte damit gute Resultate. Pityriasis rosea und Erythrasma besserten sich unter Thigenol, Psoriasis und Sykosis vulgaris wurden nicht beeinflufst, ebenso wenig Favus und Lupus vulgaris. Über Lupus erythematosus und exfoliativus, Scabies und Erysipel sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. Ein Fall von Pityriasis alba capilitii heilte unter Anwendung von 1%iger Thigenol-Alkohol-Wasserlösung. Sehr günstig beeinflufst wurde ein Fall von Urticaria chronica. Die Resultate der Blennorrhoebehandlung mit Thigenol sind nicht ermutigend. *Putzler-Danzig.*

Digitized by Google

Angioneurosen.

Ein Fall von chronischer Cyanose mit Polycythämie und vergröfserter Milz, von R. M. Ronaldson - Edinburgh. (*Edinb. med. Journ.* Sept. 1904.) Schon mehrfach sind in der Literatur Fälle mit Übermafs an roten Blutkörperchen beschrieben worden; R. berichtet von einem solchen Befund bei einer 62jährigen Frau. Das Gesicht war gerötet, die Wangen und die Nase waren mit zahlreich erweiterten Venen besetzt, und der ganze Körper zeigte kleine Flecke mit erweiterten Kapillaren; die Schleimhäute waren ebenso wie die äufsere Haut livid verfärbt, und die Kapillaren waren injiziert. So hatte die Patientin schon ihr ganzes Leben hindurch ausgesehen, sie hatte sechs Entbindungen durchgemacht und sich im allgemeinen bis etwa vor zwei Jahren immer gesund und wohl gefühlt, seitdem kam sie leicht aufser Atem. Das Herz war vergröfsert, wahrscheinlich hypertrophisch, die Milz war um etwa das Doppelte vergröfsert, und das Blut enthielt etwa acht bis neun Millionen rote Blutkörperchen, 8800 weifse Blutkörperchen und 130—145 % Hb. Man mufs also eine Überproduktion von roten Blutkörperchen annehmen, ohne dafs man sagen könnte, dafs der Blutkörperchenzerfall etwa im Rückstande wäre, denn im Urin fanden sich reichlich Harnfarbstoffe und Urobilin; auch müssen sie hier eine andere Bedeutung haben, als blofs Sauerstoffträger zu sein, und die Cyanose mufs aus der Bewegungsträgheit erklärt werden, welche die roten Blutkörperchen in den überfüllten Kapillaren zeigen. *Arthur Rahn-Collm.*

Hereditäres Ödem, von A. W. Fairbanks-Boston. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Mai 1904.) Enthält nur ziemlich ausführliche kritische Auszüge aus der Literatur. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Universelles Exanthem nach Scheidenspülung mit Lysollösung, von Erwin Thomsen-Helenenhof. (*Ther. Monatsh.* August 1904.) Einige Tage nach der Geburt eines vierten Kindes trat bei einer 28jährigen Frau plötzlich ein stark juckendes, universelles, kleinmakulöses Exanthem bei normaler Temperatur auf, scheinbar ohne jeden Grund. Auf näheres Befragen ergab sich, dafs Patientin zweimal vor der Geburt und drei Tage lang nach der Geburt von der Hebamme mit Scheidenspülungen einer nach Augenmafs hergestellten Lysollösung versorgt worden war. Damit scheint sich das bis dahin rätselhafte Exanthem und sein Beginn an den Oberschenkeln zu erklären. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die chirurgische Seite der visceralen Krisen bei der Erythemgruppe der Hautkrankheiten, von W. Osler-Baltimore. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Mai 1904.) In dieser kurzen Ergänzung zu seinen früheren Publikationen betreffs der akuten Erytheme im Verein mit Kolik und sonstigen Komplikationen, weist O. auf die diagnostische Wichtigkeit eines Ausschlags hin (angioneurotisches Ödem, Purpura oder Erythem) neben Arthritis sowie Nierenaffektionen zur Unterscheidung der Darmsymptome von Appendicitis, Intussusception oder sonstigem Darmverschlufs. Im Verein mit dem Exanthem findet sich eine Infiltration der Darmwand mit Serum und Blut, wie einzelne Laparotomien bei solchen Fällen gezeigt haben. Nach O.s Erfahrungen ist aber ein tödlicher Ausgang infolge der Darmstörung nicht zu erwarten, und ein chirurgischer Eingriff ist kontraindiziert, wie ein ausführlich mitgeteilter Fall bei einem 17jährigen Mädchen dartut. Allerdings wird von Sutherland ein Fall von Henochscher Purpura bei einem 7jährigen Mädchen beschrieben, der mit allgemeinen Krämpfen und Intussusception des Coecums und eines Teiles des Ileums ins Colon tödlich endete. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit mit tödlichem Ausgang, von E. Cureton - Shrewsbury. (*Lancet.* 14. Mai 1904.) Patient, ein 35jähriger Eisenarbeiter, hatte, solange er sich erinnern konnte, an „Absterben“ der Finger gelitten.

Digitized by Google

Seine letzte Krankheit betraf den rechten Fuſs; der Exitus letalis erfolgte an aufsteigender Gangrän im Laufe von vier bis fünf Wochen. Beachtenswert war die starke Verminderung der roten Blutkörperchen bei erheblicher Vermehrung der eosinophilen Leukocyten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über angiospastische Gangrän (RAYNAUDsche Krankheit), von HUGO STRAUSS (Inaug.-Diss., Würzburg 1904.) Die RAYNAUDsche Krankheit ist eine Form der sogenannten Spontangangrän, die durch Gefäſskrampf hervorgerufen wird. Da sie bald einseitig, bald doppelseitig, kaum jemals aber streng symmetrisch auftritt, so führt sie ihre Bezeichnung als symmetrische Gangrän zu Unrecht. Sie ist daher, auch um Verwechselungen mit anderen Formen der Spontangangrän zu vermeiden, besser „angiospastische Gangrän“ zu benennen.

Die Gangrän selbst ist lediglich die letzte Konsequenz des Nahrungsmangels der Gewebe infolge der spastischen Ischämie oder der spastischen Cyanose, mit der Einschränkung, daſs bei letzterer als ein die Gangrän förderndes Moment noch die Autointoxikation der Gewebe mit ihren eigenen Stoffwechselprodukten hinzukommt.

Es liegt daher kein Grund vor, die RAYNAUDsche Krankheit als eine Trophoneurose aufzufassen, sie ist vielmehr eine reine Angioneurose, die bald als selbständiges Leiden, bald auf der Basis anderweitiger Nervenleiden sich entwickelt. *Fritz Loeb-München.*

Die Ätiologie des Skorbuts, von M. COPLANS-Canterbury. (*Lancet.* 16. Juni 1904.) In dieser Arbeit, zu welcher ihn Beobachtungen in den Konzentrationslagern im Burenkrieg das Material lieferten, bekämpft Verfasser aufs entschiedenste die bisher verbreitete Auffassung, daſs die Entstehung des Skorbuts auf das Fehlen von vegetabilischen Bestandteilen bei der Nahrung zurückzuführen sei. Er glaubt vielmehr an eine Infektion durch Mikroorganismen, welche sich, vielleicht den Nahrungsmitteln anhaftend, zunächst am Zahnfleisch festsetzen und im weiteren Verlauf zu einer allgemeinen Erkrankung des ganzen Organismus führen. Als Beweise führt er in erster Linie an, daſs bei genannter Gelegenheit die Verpflegung im wesentlichen in allen Lagern die gleiche war, daſs aber nur bei solchen Individuen, namentlich den einheimischen, aber auch unter den Europäern. Skorbut auftrat, bei denen ein Mangel an sanitären Vorsichtsmaſsregeln zu konstatieren war. Ferner war das epidemieartige Auftreten des Leidens bemerkenswert, sowie der Umstand, daſs bei bloſs konstitutioneller Behandlung im Lazarett die Krankheitsdauer 60—90 Tage betrug, während bei spezieller lokaler Behandlung des Zahnfleisches neben der Allgemeinbehandlung die Patienten nach 20—30 Tagen entlassen werden konnten. Auch war auffällig, daſs Rezidive niemals beobachtet wurden, trotzdem ein Unterschied in der Ernährung vor und nach der Lazarettbehandlung meist nicht eintrat. Anderseits wurde auch konstatiert, daſs manche Individuen erkrankten, trotzdem sie schon Obst und Gemüse in reichlicher Menge genossen. Aus der ganzen ausführlichen Beschreibung des Auftretens der Krankheit geht hervor, daſs sehr vieles entschieden zugunsten von C.s Auffassung spricht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Purpura, von H. E. BARNES. (*Brit med. Journ.* 23. Juli 1904.) Ein fünfjähriger Knabe stieſs sich gegen die Bettkante und trug einen Hautriſs auf dem Hinterkopfe davon. Die Wunde wurde vernäht und verbunden. Am nächsten Tage zeigte der Knabe einen Purpuraausschlag im Gesicht. Das Kind war im übrigen gesund und munter. Andere Körperstellen waren nicht befallen. Die Wunde heilte vollständig ab, und acht Tage später verschwand der Ausschlag.

C. Berliner-Aachen.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Purpura cachectica, von TH. VOECKLER-Magdeburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 23.) In einem Falle von weit vor-

Digitized by Google

geschrittenem Herz- und Nierenleiden auf arteriosklerotischer Basis wurde eines Tages das Auftreten von Blutungen in die Haut festgestellt, zunächst an den ödematös geschwollenen Unterextremitäten, dann in von Tag zu Tag neuen Schüben in grofser Ausdehnung am ganzen übrigen Körper, auch an Kopf und Gesicht. Die zunächst kleinen Herde konfluierten sich zu grofsen, ausgedehnten Ecchymosen, und überall bestand die Neigung zur Bildung schlapper Blasen. Auch die Wangen- und Gaumenschleimhaut, sowie der Augenhintergrund waren der Sitz solcher Blutungen. 14 Tage nach dem Auftreten der ersten Blutungen erfolgte unter bronchopneumonischen Erscheinungen der Exitus letalis. Die Sektion ergab neben den schweren, durch das Herz- und Nierenleiden bedingten Veränderungen einen grofsen, fast den ganzen linken Vorhof ausfüllenden, teilweise organisierten Thrombus, sowie Stauungserscheinungen und Hämorrhagien in den meisten inneren Organen. Die mikroskopische Untersuchung hämorrhagischer Hautpartien ergab Erweiterung und starke Füllung der kleinen Venen und Kapillaren, während die kleinen Arterien meist leer waren; in allen Schichten des Coriums fand sich, namentlich in der Umgebung der kleinen Venen, sehr reichliche Infiltration mit roten Blutkörperchen. Die Wand der Venen und Kapillare war nicht verändert, die der kleinen Arterien dagegen verdickt. Ein Teil der Venen war deutlich thrombosiert. Verfasser rechnet den Fall der Purpura cachectica zu und gibt für die Entstehung der Blutungen folgende Erklärung: Die krankhaften Veränderungen am Zirkulationsapparat und die darniederliegende Nierenfunktion haben in ihrem Zusammenwirken und ihrer Weiterentwicklung durch Stauung und mangelhafte Arterialisierung des Blutes von der einen und Zurückhaltung von Abfallstoffen von der andern Seite allmählich eine Verschlechterung der Blutbeschaffenheit und damit der Ernährung sämtlicher Gewebe zur Folge gehabt, so dafs schliefslich unter ihrem Einflufs die kleinen Blutgefäfse und besonders die Kapillaren in einen Zustand vermehrter Brüchigkeit und Durchlässigkeit ihrer Wandungen gerieten, der unter dem Sinken der Herzkraft und dadurch auftretenden weiteren Stauungen im Kreislauf den Austritt von Blut in die Gewebe zuliefs.

A. Loewald-Kolmar.

Traumatische Entzündungen.

Über bleibende Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung, von L. Freund und M. Oppenheim. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 12.) Verfasser stellen fünf Formen der bleibenden Hautveränderung nach Röntgenbestrahlung zusammen:

1. Die glatten, weichen, kaum auffallenden Narben,
2. die dauernde Alopecie; beides wird von der Therapie angestrebt,
3. die Hautatrophie,
4. die sklerodermieartige Hautveränderung, und
5. die Teleangiektasien.

Für Punkt 5 bringen die Verfasser einen äufserst interessanten Fall als Beleg; durch ihre Untersuchungen kommen sie zu folgenden, für die Therapie wichtigen Schlüssen: Bereits entzündliche Prozesse der Haut, bei denen die oberflächlichen Gefäfse schon dilatiert sind, prädisponieren zur Ausbildung bleibender Hautveränderungen. Daher möglichst kurze Bestrahlungsdauer mit harten, d. h. in die Tiefe wirkenden Röhren, sofern nicht Oberflächenwirkung (Ulcus rodens, Psoriasis usw.) erstrebt wird. Die Verfasser verpönen z. B. auch die abortive Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen. Überhaupt wegen der Gefäfsschädigungen und weil sie damit die Ernährung stören, darum sind die X-Strahlen immer mit Vorsicht zu gebrauchen und namentlich möglichst genau zu dosieren.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Digitized by Google

Zwei Fälle von Röntgendermatitis, von Bruno Hohmann. (Inaug.-Diss. Berlin 1903.) Die Arbeit bringt nichts Erwähnenswertes. Die Literaturangaben sind sehr gut. *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur chirurgischen Behandlung und Histologie der Röntgenulcera, von Gustav Baermann und Paul Linser-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 21.) Die Verfasser empfehlen zur Behandlung der schwer heilenden Röntgenulcera die Transplantation gestielter Hautlappen; mit diesem Verfahren wurde in der Neisserschen Klinik in acht Fällen von grofsenteils schweren, ausgedehnten Röntgengeschwüren verhältnismäfsig rasch eine befriedigende Deckung der Defekte und Beseitigung der meist recht erheblichen Schmerzen erreicht.

Die histologischen Untersuchungen, welche die Verfasser an exzidierten Röntgenulcera vornahmen, zeigten, dafs durch die Röntgenstrahlen in erster Linie und am wesentlichsten die Gefäfse geschädigt werden: die Gefäfse gehen unter der Einwirkung der Strahlen grofsenteils zugrunde, an den gröfseren Gefäfsen der tieferen Schichten lassen sich häufig endarteriitische Wucherungen mit Verengerungen der Lumina feststellen. Dagegen liefsen sich an den Ulcera, die mit transplantierten Lappen gedeckt waren, in dem vorher so schlecht vaskularisierten Gewebe schon nach kurzer Zeit zahlreiche junge Gefäfse nachweisen; dieselben werden anscheinend von den Gefäfsbahnen der Transplantationslappen zuerst vorgetrieben. Diesen Befunden und insbesondere auch den klinischen Erfahrungen zufolge, wie sie in den mit Transplantation behandelten Fällen gemacht wurden, ist die eminente Gefäfsschädigung das Wesentliche bei den Röntgenulcera; sie erklärt die Unheilbarkeit dieser Geschwüre und ihr Wiederauftreten nach vollständiger Exzision. Die Theorie von der elektiven Epithelschädigung durch die Röntgenstrahlen ist nach all dem unrichtig, und falsch ist es nach Ansicht der Verfasser auch, das Charakteristische der Röntgenulcera in einer mangelhaften Epithelisierung zu suchen. *Götz München.*

Zur Therapie und forensischen Begutachtung der Röntgenstrahlendermatitiden, von Leopold Freund-Wien. (*Fortschr. f. Röntgen.* VIII. Heft 1.) Neben der Wirkung auf die zelligen Elemente ist die Gefäfsschädigung ein wesentliches ätiologisches Moment der durch Röntgenbestrahlung hervorgerufenen Hautveränderung. Therapeutisch mufs man daher bei Dermatitis durch Röntgen die chronische Hyperämie beseitigen, und zwar durch Hochlagerung, daneben mufs man symptomatische Mittel (Liquor Burowii, lauwarme Umschläge, intern Phenacetin à 0,5 g, Ung. Emolliens Verband) anwenden.

Im zweiten Teil berichtet F. über einen Fall, wo ein Arzt verurteilt wurde, der mittels Röntgen schwere Ulcerationen erzeugt hatte, und zwar war der Grund der Verurteilung, dafs er der Patientin das Verfahren als schmerzlos und ungefährlich hingestellt und dadurch die Patientin veranlafst hatte, sich in die Röntgenbehandlung zu begeben. Gottlob werden die Verbrennungen bei der gröfseren Vorsicht der Ärzte und dem sichereren Beherrschen der Technik und Berücksichtigung der anerkannten und bewährten Vorsichtsmafsregeln immer seltener. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Dermatitis venenata, von O. Grimm. (Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. 1903.) Die Untersuchungen des Verfassers beschränken sich auf die Wirkungen des Rhus (Giftsumach) und der Primula obconica. Als sehr wesentlichen Unterschied bei der Wirkung der beiden Pflanzen hebt er hervor, dafs allem Anschein nach die hautreizende Wirkung der Rhusarten auch durch gasförmige Exhalation zustande kommen kann, während das Gleiche für Primula obconica nur von Peters-Bonn angenommen wird. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Karbolvergiftung bei einem Säugling, von L. E. Stevenson-Pemith. (*Lancet.* 7. Mai 1904.) Ein sechswöchiges Kind erhielt nach Circumzision

Digitized by Google

einen mit 5%igem Karbolöl getränkten Verband. Am folgenden Tage zeigten sich Intoxikationserscheinungen, Erbrechen und dunkler Urin, im weiteren Verlauf trat ein intensiver rosenroter Ausschlag fast am ganzen Körper hervor. Trotz zeitweilig sehr bedrohlicher Symptome erfolgte schliefslich Genesung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über multiple neurotische Hautgangrän, von D. Latte. (Inaug.-Diss. Würzburg 1904.) Verfasser berichtet über drei Fälle, die unter die Rubrik der Selbstbeschädigung hysterischer Personen einzureihen sind. *Fritz Loeb-München.*

Über durch Pflanzen bedingte artifizielle Dermatitiden, von E. Hoffmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) Verfasser spricht über die bekannte Dermatitis durch die Primula obconica und berichtet, dafs die chinesische Primel, Primula sinensis, ähnliche Erscheinungen hervorzurufen vermag, ebenso wie auch Hyazinthenzwiebeln imstande sind, Hautentzündungen hervorzurufen. Sehr heftige Erscheinungen bewirkt auch ein amerikanischer Strauch, Rhus toxicodendron, wo bei manchen Personen schon das Verweilen in der Nähe ohne Berührung der Pflanze genügt, um eine Erkrankung herbeizuführen; ähnlich wirkt Rhus vernisifera, der japanische Lack. Auch eine ganze Reihe anderer Pflanzen vermag bei disponierten Menschen Hautentzündungen zu erzeugen (Chrysanthemum indicum scilla maritima). (Ich beobachtete eine Dame, die in jedem Jahr, sobald der Flieder blühte, eine Dermatitis bekam, ohne mit der Planze selbst in Berührung zu kommen; sobald der Flieder abgeblüht, schwand die Krankheit. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Akute Dermatitis, verursacht durch Reizung mit Atlasholz, von H. E. Jones. (*Brit. med. Journ.* 25. Juni 1904.) Im Jahre 1898 trat unter einigen Schiffsschreinern eine Art epidemischer, akuter Dermatitis auf. Verfasser hatte Gelegenheit, die Patienten genau zu beobachten und die Krankheit eingehend zu studieren.

Der erste Fall, welcher damals zur Beobachtung gelangte, betraf einen 35jährigen Zimmermann. Derselbe zeigte Gesicht, Hals und Ohren stark gerötet und geschwollen, die Augen konnten kaum geöffnet werden; die Haut fühlte sich heifs an, ohne dafs die allgemeine Körpertemperatur erhöht gewesen wäre. Der Patient hatte keine Schmerzen, noch war sein Allgemeinbefinden gestört. Seit fünf Wochen, gibt er an, wiederholentlich Attacken von akuter Entzündung und Schwellung des Gesichts, des Halses, der Ohren, Hände und Handgelenke gehabt zu haben. Die befallenen Partien näfsten im weiteren Verlaufe und dann stellte sich Abschuppung ein. Er habe bei Ausbruch der Krankheit die Arbeit eingestellt, worauf die Erscheinungen, welche lebhaft an Erysipel erinnerten, zurücktraten, um nach einiger Zeit bei Wiederaufnahme der Arbeit wiederzukehren.

Als in derselben Weise mehrere Arbeiter erkrankten, vermutete Verfasser, dafs der Ausschlag durch Hantieren mit dem Atlasholz und durch Atlasholzstaub entstehe. Da nicht alle, sondern nur einige Schiffsschreiner erkrankten, so wird man noch eine gewisse Disposition oder Reizbarkeit der Haut zur Erklärung annehmen müssen.

C. Berliner-Aachen.

Neurotische Entzündungen.

Zur Kenntnis des Herpes zoster bei krupöser Pneumonie, von Riehl-Kissingen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) Nach R. kommt Herpes zoster in 30—40% der krupösen Pneumonien vor, und zwar beim männlichen Geschlechte viel häufiger als beim weiblichen. Er tritt bei einem und demselben Kranken fast durchweg nur einmal auf; in der Regel erscheint er am dritten oder vierten Erkrankungstage. Am häufigsten findet er sich im Gebiete des zweiten und dritten

Digitized by Google

Trigeminusastes, besonders im Gebiete des Nervus infraorbitalis, seltener im Bereice des ersten Trigeminusastes (Auge, Stirn). Atypische Lokalisationen am Hals, am Stamm (After, Kreuzbein) und anderen Extremitäten gehören zu den Ausnahmefällen. Die Pneumonien der Kinder und Greise verlaufen fast immer ohne Herpesbildung. Die leichtesten Fälle von Pneumonie zeichnen sich meist durch ausgedehnte, starke Herpesbildung aus, dagegen zeigen die schweren, letal endenden Pneumonien auch der im mittleren Alter stehenden Menschen in 90% keine Entwicklung von Herpeseffloreszenzen. Das Auftreten von Herpes bei krupöser Pneumonie hat demnach sicher eine günstige prognostische Bedeutung. *Götz-München.*

Über Spinalganglienerkrankung bei Herpes zoster, von M. Seubert. (Inaug.-Diss. Würzburg 1903.) Es handelte sich im beschriebenen Falle um eine bei einem schweren Herpes zoster aufgetretene ziemlich starke Erkrankung der Spinalganglien einschliefslich der betreffenden zugehörigen Nerven. Die Veränderungen bestanden einerseits in atrophischen und degenerativen Zuständen in den Spinalganglienzellen und in geringeren oder stärkeren Zerfallserscheinungen an den betreffenden Nerven. Der Fall zeichnet sich von den wenigen bisher beschriebenen Fällen von Herpes zoster mit anatomischer Untersuchung der Spinalganglien durch eine Reihe spezieller Befunde, vor allem aber auch durch die beträchtliche Ausdehnung der Spinalganglienerkrankung aus und bildet eine Stütze für die Lehre von den engen Beziehungen zwischen Herpes zoster und einer Affektion der Spinalganglien.

Fritz Loeb-München.

Über Herpes zoster recidivus s. intermittens s. periodicus, von A. Einis-Ekaterinodar (Kaukasus, Rufsl.). (*Allg. med. Centralztg.* 1904. Nr. 17.) E. berichtet von einer Patientin, die vor sechs Jahren Malaria gehabt hatte und seit länger als einem Jahre etwa alle 1½ Monate von folgender Affektion befallen wurde: Auf der Schleimhaut der linken Wange, in der Richtung einer ideellen Linie von der Mitte der Kaumuskeln zur Mitte der Unterlippe zeigt sich ein Exanthem, das teils aus weifslichen, stecknadelkopfgrofsen Bläschen, und in einer anderen Gruppe aus runden Erosionen, die von leicht abhebbarem, grauweifsem Saum umgeben sind; in der Mitte der inneren Oberfläche der unteren Lippe findet sich eine Gruppe erhabener Flecke, die von untereinander zu einer netzartigen Figur verschmolzenen Epithelplaques umgeben sind. Auf der oberen Zungenoberfläche ist ein rechteckiges, hellrotes Feld mit hellgefärbten Knötchen dicht bedeckt.

Die Periodizität und die anderseits bereits bekannten verschiedenen Formen der Febris intermittens dürften auch hier Malaria als ätiologisches Moment zulassen. Der Umstand, dafs jeder Anfall aus drei Stadien besteht: 1. neuralgische und parästhetische Erscheinungen an Stellen der späteren Lokalisation des Exanthems, 2. Eruptionsstadium, 3. das postexanthematische Stadium mit den gleichen Erscheinungen wie das Prodromalstadium, veranlafste E. zur überschriftlichen Diagnose. Differentialdiagnostisch ist es leicht von Stomatitis aphthosa und Leukoplakia oris zu trennen. In bezug auf die Therapie ist zu erwähnen, dafs Chinin und Arsen keinen Erfolg hatten, dagegen schienen Pillen aus Ergotin (0,06) und Chinin. bromat. (0,12) wirksam zu sein, denn das Exanthem heilte ab und Patientin blieb sechs Monate rezidivfrei.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über Herpes zoster recidivus, von Maximilian Peisert. (Diss. Berlin 1904.) Verfasser hat aus der Literatur 20 Fälle zusammenstellen können, denen er einen in der Josephschen Poliklinik beobachteten hinzufügt. Von diesen 21 Fällen trat bei 6 (= 28,6%) der Zoster im Verlauf der einzelnen Rezidive bei einem und demselben Individuum an verschiedenen Stellen des Körpers auf. In 5 Fällen (= 23,8%) trat der Zoster im Gesicht auf, in 3 Fällen (= 14,3%) am Gesäfs, in ebensoviel Fällen

Digitized by Google

am Oberschenkel, in 2 (= 9,5%) am Brustkorb, je einmal (= 4,7%) am Nacken und in der Lendengegend. Bilateraler Zoster kam 5 mal vor (= 23,8% der Fälle). Trauma ging nur in 4 Fällen voraus (= 19%).

In etwa einem Drittel der Fälle war eine nachweisbare Ätiologie, in zwei Dritteln kein ätiologischer Anhalt vorhanden (idiopathischer Zoster Landouzy).

Verfasser schliefst sich der Einteilung der Zostererkrankung von Fabre an und unterscheidet nach Art des äufseren Verlaufes: 1. Eine akute febrile Form; 2. eine subakute apyretische Form; 3. eine chronische Form (rekurrierender oder rezidivierender Zoster). *Fritz Loeb-München.*

Rezidivierender Zoster, von H. Waldo. (*Brit. med. Journ.* 21. Mai 1904.) Eine 70jährige Patientin bekam vor zwei Jahren einen intensiven Herpes zoster an der rechten Seite der Brust, und vor kurzer Zeit an derselben Stelle eine zweite Attacke. Die benachbarte Partie des Abdomens war ebenfalls befallen.

C. Berliner-Aachen.

Über Epidermolysis bullosa hereditaria (im Anschlufs an zwei Fälle), von Oskar Hermann. (Inaug.-Diss. Heidelberg 1903.) Neu ist von den Ergebnissen der Untersuchung des Verfassers die Tatsache, dafs bei gleichzeitiger Joddarreichung die Blasen reichlicher und auf geringfügigere Traumen hin auftreten, dafs sie zugleich stärker gefüllt und schmerzhaft sind. Jod erhöht die Empfindlichkeit der Haut gegen chemische Reize. Das Absorptionsvermögen der Haut schien herabgesetzt zu sein. *Fritz Loeb-München.*

Die gastro-intestinalen Anfälle bei Erythema exsudativum, Appendicitis vortäuschend, von A. M. Pond - Websten City, Jowa. (*Med. News.* 10. Sept. 1904.) In Übereinstimmung mit Osler, welcher das Erythema exsudativum als „eine Erkrankung unbekannter Ätiologie mit polymorphen Haut- und variablen Erscheinungen von seiten der inneren Organe bezeichnet, wovon die wichtigsten Magen-Darmstörungen, Endocarditis, akute Nephritis und Schleimhauthämorrhagien sind", legt auch Verfasser grofsen Nachdruck auf diese mit Erythema exsudativum verbundenen Magendarm Veränderungen, die oft, wie auch in dem hier beschriebenen Falle, Ähnlichkeit mit Appendicitis hätten. Bei demselben, ein neunjähriges Mädchen betreffend, trat der Hautausschlag sogar erst (5—6 Tage) nach den Allgemein- und den Darmerscheinungen auf; letztere bestanden in Fieber, Kopfschmerzen und heftigen, etwas unterhalb und rechts vom Nabel lokalisierten Schmerzen. Wären diese Schmerzen auf Eisumschläge nicht gewichen, so hätte P. nicht gezögert, die Operation des Wurmfortsatzes vorzunehmen. In Fällen von akuten, charakteristischen Kolikanfällen, von Erbrechen, raschem Puls, schmerzhaftem Leib, wobei vielleicht sogar ein Tumor vorhanden ist, sollten daher nach Verfassers Ansicht nicht gar zu rasch operative Mafsnahmen vorgenommen werden, sondern vor allem die hereditäre Belastung (Haut-, Gelenk-, Nieren-Affektionen bei anderen Gliedern der Familie) und der Blutbefund berücksichtigt werden; andere Zustände, wie leichte Blutung des Zahnfleisches auf Berührung, Gelenkerscheinungen, angioneurotisches Ödem mit Hyperästhesia müssen ebenfalls eine eventuelle Operation aufschieben lassen, aufser wenn die Blutzählung eine rapid zunehmende Leukocytose zeigt. Diese Untersuchungen sollten stündlich gemacht werden und diese Zunahme vor jeglicher Operation als zweifellos festgestellt werden. Auf die weiteren zahlreichen Hypothesen und wissenschaftlichen Fragen, die sich Verfasser aus der Coincidenz des Erythema exsudativum mit den Darmerscheinungen ergaben, kann hier nicht eingegangen werden.

Stern-München.

Bericht über einen Fall von Hydroa in der Schwangerschaft nebst Rezidiven zur Zeit der Menstruation, von C. A. D. Bryan-Leicester. (*Lancet.* 4. Juni

1904.) Der Fall betraf eine sonst gesunde VI-para. Der typische, sehr quälende Ausschlag blieb etwa zwei Monate hindurch trotz verschiedentlicher Medikation (Arsenik, Thiol, Blei, Resinol, Opium) bestehen und verging erst nach erfolgter Frühgeburt der abgestorbenen Frucht. Mehrere Monate hindurch zeigte sich noch eine Neigung zu Rezidiven zur Zeit der Katammien. *Philippi - Bad Salzschlirf.*

Prurigo Hebra in den Vereinigten Staaten, von WILLIAM THOMAS CORLETT-Cleveland. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Juli 1904.) Das Vorkommen der Prurigo Hebrae in Amerika galt bisher als durchaus zweifelhaft. Die Beobachtungen von ZEISLER und anderen wurden als Seltenheiten angesehen. Verfasser berichtet über drei Fälle aus seiner Praxis und meint, das Leiden sei doch nicht so etwas seltenes. Therapeutisch empfiehlt er Einreibungen mit Karbolvaseline. — In der Diskussion bemerken EDMUND L. COCKS und LUDWIG WEISS-New York, sowie RAVOGLI-Cincinnati, dafs sie nicht selten Gelegenheit hätten, Fälle von Prurigo HEBRA zu beobachten. Dagegen hat STELWAGON-Philadelphia, der das Krankheitsbild von Wien her gut kennt, in zwanzig Jahren keinen einzigen Fall gesehen, und L. DUNCAN-BULKLEY-New York erklärt auch für seinen Wohnort Prurigo als seltene Erkrankung.
A. Loewald-Kolmar.

Bemerkungen über einen Fall von Erythromelalgie und deren Behandlung, von J. W. VOORHEES-New York. (*Med. News.* 15. Okt. 1904.) Bei der 57jährigen Patientin war das Haupt- und schlimmste Symptom der Krankheit ein nahezu unerträglicher Schmerz an der grofsen Zehe des rechten Fufses, welche so empfindlich, auch auf Berührung, war, dafs sie keinen Strumpf tragen konnte und schliefslich nicht einmal Morphium mehr den Schmerz stillen konnte. Der rechte Fufs schwoll immer mehr an, wurde rot; doch plötzlich hörten diese Erscheinungen (nach etwa einem Jahre) auf, die Schwellung und Schmerzen gingen zurück und der rechte Fufs wurde beinahe wieder normal, so dafs Patientin wieder gehen und auftreten konnte; nur ein dumpfes und unangenehmes Gefühl blieb für ein Jahr in beiden Unterextremitäten zurück. Nach Verlauf eines weiteren Jahres traten wieder Schmerzen an den Beinen, besonders an der linken grofsen Zehe, am Rücken, an verschiedenen Gelenken, Steifheit usw. auf; aber auch diese Erscheinungen gingen zurück, und zwar diesmal rascher, nachdem Strychnin. sulfur. innerlich in Dosen von 0,02 (dreimal täglich) angewandt und der Morphinismus erfolgreich mit Dionin und Peronin bekämpft worden war. Ein drittes Mal stellte sich das Gefühl von Taubheit an den Fingern, an der Nase, welche ganz rot wurde, usw. ein, es traten Erscheinungen von Aphasie und Agraphie und von leichter rechtsseitiger Lähmung ein, bis Patientin plötzlich einer Apoplexie erlag. Besonders erwähnenswert an dem Falle scheinen VOORHEES der akute Beginn, die heftigen Schmerzen, die langen Perioden von Intermission und der trotzdem progressive Verlauf des Leidens. Ob Strychnin als wirksames oder spezifisches Mittel gegen Erythrem anzusehen ist, wagt V. nicht zu behaupten, zumal sein Fall erheblich von anderen, in der Literatur veröffentlichten, abweicht. *Stern-München.*

Akute Exantheme.

Ein neues, als selbständig erkanntes, akutes Exanthem, von D. POSPISCHILL-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 7.) P. beobachtete vier Fälle eines Exanthems, ähnlich dem Scharlach, Röteln oder Morbillen, von diesen jedoch mit Sicherheit zu trennen. Die Temperatur der erkrankten Kinder war normal, in allen Fällen bestand Drüsenschwellung und ein mehr oder weniger deutlicher Milztumor. Die Wangen stark gerötet und turgeszierend, Lippen und Kinn blafs. Am Stamme ein bald konfluierendes, gröfsere Flächen einnehmendes, bald grofsfleckiges, ein grobes

Digitized by Google

Netzwerk bildendes Exanthem. Die Extremitäten, die stärker und länger befallen scheinen, weisen ein feineres, dichtes, aus kleineren Flecken zusammenfliefsendes Exanthemnetz auf. Zweimal war das Exanthem am zweiten Tage kaum noch in Resten angedeutet. Dem Ausschlage folgte eine zarte, kleinlamellöse Desquamation.

Arthur Rahn-Collm (*Sachsen*).

Beobachtungen über eine Scharlachepidemie, von B. Thornton. (*Brit. med. Journ.* 18. Juni 1904.) Die Epidemie ist von Interesse wegen des aufserordentlich milden Charakters der Erscheinungen. Von 96 erkrankten Kindern zeigten nur 31 Anzeichen eines Scharlachexanthems. Man kann die 96 Fälle in drei Gruppen einteilen:

I. 31 Fälle mit Exanthem, Rachensymptomen und geringer Erhöhung der Körpertemperatur.

II. 19 Fälle ohne charakteristischen Ausschlag, nur mit leichter Röte der Tonsillen, geringer Temperatursteigerung und Desquamation in der zweiten oder dritten Woche.

III. 46 Fälle zeigten keinerlei akute Erscheinungen oder Indisposition, sondern nur einfache Abschuppung.

Eine bemerkenswerte Erscheinung der Epidemie war die ungewöhnlich lange Dauer des Desquamationsprozesses.

Die Quelle der Epidemie konnte nicht eruiert werden. Es handelte sich um ein Institut mit 300 Zöglingen.

Die Doktoren Klein und M. Gordon haben bakteriologische Untersuchungen angestellt und sind zu dem Schlusse gekommen, dafs der Micrococcus scarlatinae das aktive Agens bei der Krankheit sei, dafs er leicht in den Rachenabsonderungen, selten in der Nase, in den Ohrsekreten oder auf der Haut nachzuweisen sei.

C. Berliner-Aachen.

Scharlach und Masern bei derselben Person, von Caddick. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1904.) Der Fall kam in Südafrika vor und betraf einen Sergeanten, welcher am 11. September mit einem starken Scharlachausschlag und hohem Fieber ins Hospital kam. Die Temperatur sank am fünften Tage zur Norm und der Verlauf war ganz zufriedenstellend, der oft untersuchte Urin eiweifsfrei. Am 28. September, 18 Tage nach der Aufnahme, zeigte der Patient einen stark ausgesprochenen Masernausschlag. Die Temperatur war wieder hoch, um vier Tage später subnormal zu werden und auch bis zum 8. Oktober subnormal zu bleiben. Der Patient fühlte sich wohl, genofs flüssige, milde Diät; Darm und Nieren funktionierten gut. Im Urin war kein Eiweifs. Am 8. Oktober bekam der Patient einen typischen, urämischen Anfall, starkes Erbrechen, unfreiwilliges Entleeren von Urin und Faeces, Coma und Muskelkrämpfe. Verfasser machte sofort die Venaesectio und zapfte der linken Vena mediana basilica 20 Unzen Blut ab, worauf der Zustand sich sofort besserte. Die Krämpfe hörten auf; der Patient erlangte in weniger als einer Stunde unter profusem Schwitzen das Bewufstsein wieder und genas. Die Temperatur war für einige Tage gestiegen; der Urin enthielt noch bis zum 22. Oktober Eiweifs.

Der Fall ereignete sich zur Zeit einer Scharlachepidemie. Die Quelle für die Masern aber konnte nicht eruiert werden. *C. Berliner-Aachen.*

Ist die Scarlatina möglicherweise als eine Lokalaffektion aufzufassen? von A. H. Gerrard. (*Lancet.* 23. Juli 1904.) In dieser Zuschrift an den Herausgeber verteidigt G. die Ansicht, dafs es sich beim Scharlach nicht um die Anwesenheit eines Mikroorganismus im Blute handelt, sondern um eine Lokalisierung desselben (Streptococcus conglomeratus) an den Tonsillen, verbunden mit Fernwirkung durch die entstehenden Toxine auf den ganzen Körper. Diese Auffassung findet eine

Stütze in der allmählichen Ausbreitung des Exanthems von der Halsgegend ausgehend, der erheblichen Beteiligung der Lymphdrüsen des Halses, sowie der vom Verfasser sowohl wie von anderen Beobachtern festgestellten Übereinstimmung zwischen der Intensität der primären Affektion der Tonsillen und dem Hautausschlag. G. betrachtet den Scharlach als ein genaues Analogon zur Diphtherie. Die abgestofsenen Schuppenmassen hält er (ebenso wie Millard) nicht für den Träger des Infektionsstoffes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Chirurgische Scarlatina, von Alice Hamilton-Chicago. (*Amer. Journ. med. scienc.* Juli 1904.) Im Laufe eines halben Jahres hat Verfasserin Gelegenheit gehabt, im Krankenhause zehn Fälle zu beobachten, welche als „chirurgischer Scharlach" gedeutet werden konnten. Von diesen betrafen neun Fälle Kinder, welche eine Operation wegen verschiedener Affektionen (Gaumenspalte, tuberkulöse Drüsen usw.) durchgemacht hatten. Der zehnte Fall betraf einen Arzt, welcher bei der Sektion eines Scharlachfalles sich eine Fingerverletzung zuzog, welche sich alsbald mit diffuser Rötung und Eiterung sowie mit skarlatinösen Erscheinungen komplizierte. Da bei ihm ebenso wie im Blute des obduzierten Kindes Streptokokken gefunden wurden, ist Verfasserin aber der Meinung, dafs man diesen Fall mit ebenso gutem Recht als Streptokokkeninfektion deuten könne, und sie kommt auf Grund ihrer eigenen Beobachtungen sowie einer kritischen Würdigung von 174 eingehend in der Literatur beschriebenen Fällen von „chirurgischem Scharlach" zu dem Resultat, dafs es durchaus nicht erwiesen sei, dafs die Scarlatina chirurgica etwas anderes ist als eine zufällig bei einem Verwundeten auftretende gewöhnliche Scarlatina.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum, von H. N. Chopman-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Sept. 1904.) Ch. behandelte zwar nur einen Fall mit diesem Serum, aber derselbe war so schwer (Fieber bis nahezu 41° C. = 105,2° F., Scharlach-Angina) und der Erfolg ein so günstiger, dafs er für jeden schwereren Fall die Anwendung des Serums dringend empfiehlt. Das fünf Jahre alte Mädchen erhielt vier Tage hintereinander je 10 ccm Serum injiziert, die Temperatur ward zehn Stunden nach der vierten Injektion normal, das Kind bekam Appetit, spielte wieder usw.; nach der ersten Injektion ging die Temperatur schon auf 39,5° herab, um nicht mehr höher zu steigen, das Exsudat im Rachen und die übrigens ganz geringfügige Drüsenschwellung gingen sehr rasch zurück, stets ward in der zehnten bis zwölften Stunde nach der Seruminjektion die bedeutendste Temperaturherabsetzung konstatiert, um dann allmählich wieder zu steigen. Zur Rachenspülung wurden nur noch Wasserstoffsuperoxyd, innerlich Na. benzoic., für den Stuhlgang Kalomel und nach Aufhören des Fiebers tonische (Eisen-) Präparate gegeben. Nach zwölf Tagen bekam das Kind einen Urticaria ähnlichen Ausschlag mit geringem Fieber und starkem Jucken, der aber nach zwei bis drei Tagen wieder verschwand (Serumfolge? Ref.); eine eitrige Otitis heilte unter einfacher Lokalbehandlung ohne weitere Folge ab.

Stern-München.

Die Nichtempfänglichkeit der Neugeborenen für Masern, von Edwin E. Graham Philadelphia. (*New York Journ.* 17. Sept. 1904.) Im Anschlufs an einen kurz beschriebenen Fall, wo das neugeborene Kind einer an Masern erkrankten Frau von denselben verschont blieb, das andere, 1½ Jahre alte Kind eine typische Masern-Infektion durchmachte, hebt Graham hervor, dafs Masern zwar in jedem Lebensalter vorkommen können, dafs aber die ersten Lebensmonate und das höhere Alter nur ganz wenige Fälle zeigen. Nach verschiedenen Spitalsstatistiken beginnt die Empfänglichkeit für Masern mit dem sechsten Lebensmonat, nach dem ersten Jahre ist sie

Digitized by Google

besonders ausgesprochen; die Mortalität an Masern ist bei Kindern unter einem Jahre die relativ gröfste. Verschiedene bezügliche Beispiele aus der Literatur werden angeführt. *Stern-München.*

Polymyositis und Polyneuritis bei Morbillen, von W. Jessen und E. Edens-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 32.) Jessen berichtet über eine 32jährige Dame mit Masern. Im Verlauf derselben zeigten sich Gelenkschmerzen, am Fufsrücken bestand starkes Ödem, das ganze linke Bein ist äufserst druckempfindlich. Aktive Bewegungen werden nur unter grofsen Schmerzen der Muskulatur ausgeführt und fallen sehr beschränkt aus, dazu treten dann Schmerzen im rechten Bein mit Schwellung desselben. Man fühlt eine deutliche Verdickung der gesamten Oberschenkelmuskulatur durch, teilweise bretthart. Die Oberfläche der Haut ist leicht gespannt und glänzend, leicht bläulich bis dunkelblau. Besonders hart fühlen sich die Wadenmuskeln an. Allmählich erschlafft die Muskulatur, aber nach einigen Tagen treten dieselben Erscheinungen noch einmal wieder auf, um dann allmählich ganz zu schwinden. Jedenfalls handelte es sich nach der Beschreibung um eine Polymyositis acuta. Therapeutisch wurden neben Diaphorese angewandt Jodvasogen und Aspirin ohne Erfolg, besser bewährte sich 10%ige Ichthargansalbe.

Diesem Falle fügt Edens einen von Polyneuritis bei Masern hinzu; es handelt sich um eine schwere Infektion mit stürmischem Beginn und hinzutretender Bronchopneumonie und Otitis media. Dazu gesellte sich die Polyneuritis. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Amaas oder Milchpocken der Kaffern, von W. E. de Korté-Graaff Reinet. (*Lancet.* 7. Mai 1904.) Die hier beschriebene Affektion fafst Verfasser auf als eine durch gewisse, noch nicht festgestellte Faktoren modifizierte Form von Variola. Er hat dieselbe namentlich bei den Kaffern Südafrikas, aber auch, wenn schon sehr vereinzelt, bei Europäern beobachtet. Selbst unter ganz gleichen sozialen Verhältnissen hat das Leiden entschieden eine Vorliebe für die Ureinwohner; unter 125 Fällen des Lazaretts kamen nur zwei bei Weifsen vor. Die Sterblichkeit ist selbst bei sehr ungenügender Behandlung und Verpflegung verhältnismäfsig gering. Sie betrug bei der vom Verfasser beobachteten Epidemie wenig über 3%. Bei Säuglingen und Kindern tritt die Krankheit milder auf als bei Erwachsenen. Ein sekundäres Fieber während der Entwicklung der Pusteln wird im Gegensatz zu Pocken nicht beobachtet. Die Pustelbildung tritt auch eher ein und vollzieht sich allmählicher als bei letzterem Leiden. Narbenbildung tritt weniger häufig ein, und die entstehenden Narben sind mehr von sternförmiger Gestalt, unregelmäfsig und wie angenagt. Die Vesikeln zeigen nur eine undeutliche Fächerung durch feine Trabekelbildung. Vaccine und Amaas können in voller Entwicklung neben einander an einer und derselben Person konstatiert werden (vide Abbildung), aber Impfungen an 14 Rekonvaleszenten nach Amaas gaben mit einer einzigen Ausnahme eine deutliche Modifizierung der Impfresultate. Bakteriologisch konnte etwas Definitives nicht ermittelt werden. Von Variolois sowie von der sog. Infektionskrankheit der indischen Lafkaren ist diese Krankheit, wie Verfasser an einer tabellarischen Zusammenstellung der Haupteigentümlichkeiten zeigt, zweifellos zu unterscheiden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Variola in Belfast. (*Brit. med. Journ.* 2. Juli 1904.) Es sind einige neue Fälle, zumeist vom Lande eingeschleppt, aufgetreten. Im ganzen sind gegenwärtig 39 Fälle im Hospital zu Purdysburn in Behandlung, 90 verdächtige Personen wurden zur Beobachtung interniert. Die Krankheit nimmt meist einen milden Verlauf. Zwei Todesfälle kamen vor, einer bei einer nicht geimpften Person, der andere bei einem Alkoholiker. *C. Berliner-Aachen.*

Digitized by Google

Über einen neuen Pockenfall spricht A. Baginski in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 13. Juni 1904 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 32). Es handelt sich um ein Kind, welches wegen bestehenden Ekzems nicht geimpft war. Woher das Kind die Variola hat, ist unklar. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Intrauterine Infektion des Fötus mit Variola, von J. M. Cowie und D. Forbes. (*Brit. med. Journ.* 25. Juni 1904.) Die Verfasser beschreiben drei Fälle:

1. Das Kind wurde am 24. Dezember 1902 abends geboren; der Pockenausschlag trat am Morgen des 3. Januar 1903 auf. Es waren konfluierende Pocken. Das nicht geimpfte Kind starb am 13. Januar. Die Mutter erkrankte am 20. Dezember, am 24. brach ein milder Pockenausschlag aus.

2. Das Kind wurde am 26. Juni 1903 geboren und an demselben Tage geimpft. Die Mutter erkrankte am 25. Juni mit Pocken, am 26. kam der Ausschlag zum Vorschein. Am 3. Juli bekam das Kind trotz erfolgreicher Impfung die Pocken und starb am 15. Juli.

3. Das Kind wurde am 14. April 1904 geboren. Die Mutter erkrankte mit Pocken am 12. und starb am 16. April an Purpura variolosa. An demselben Tage wurde das Kind geimpft, und obgleich die Impfung erfolgreich war, bekam es doch am 21. April einen Pockenausschlag. *C. Berliner-Aachen.*

Die Pocken und die Landstreicherei, von H. E. Armstrong. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1904.) Der Verfasser hat Umfragen gehalten und Untersuchungen darüber angestellt, inwieweit die Landstreicherei zur Verbreitung der Pocken in England beigetragen habe. Aus 126 Distrikten sind Antworten auf die Anfragen eingelaufen. Unter ihnen geben 57 an, daſs in ihrem Distrikt die Pocken durch Vagabundieren eingeschleppt worden seien.

Der Verfasser bespricht eingehend die Maſsnahmen, um dem für die Zukunft vorzubeugen. Eindämmung der Landstreicherei durch Errichten von Arbeitskolonien, strenge Kontrolle über die Landstreicher und in Zeiten von Pockenepidemien Impfung solcher nicht seſshafter und ein kümmerliches Dasein fristender Leute und eventuell Internierung verdächtiger Personen werden einen nicht unerheblichen Prozentsatz von Infektionen verhindern. *C. Berliner-Aachen.*

Die Rotlichtbehandlung bei Pocken, von S. F. Ricketts-London und T. B. Byles-London. (*Lancet.* 30. Juli 1904.) Verfasser berichten über 13 Fälle, bei denen sie dieses Verfahren mit voller Strenge durchgeführt haben. Sie kommen dabei zu dem Resultate, daſs der Methode ein eigentlich heilender Effekt nicht zukommt. Trotzdem die Patienten, wie genau geschildert wird, in einer förmlichen photographischen Dunkelkammer gehalten wurden, verlief die Krankheit keineswegs leichter als bei den Patienten in den anderen Sälen. Dabei schien die Dunkelheit entschieden ungünstig auf das Gemüt zu wirken und die Neigung zum Delirieren und zu allgemeinen Störungen zu steigern. Während zur Zeit dieser Beobachtungen (1903) die allgemeine Mortalität an Pocken in London weniger als 4 % insgesamt betrug, starben von den in Rede stehenden 13 Patienten, von denen allerdings sechs niemals, die anderen unzureichend geimpft waren, zwei, also 15,4 %. Aus einer kritischen Besprechung, ferner der sonstigen diesbezüglichen Publikationen entnehmen Verfasser, daſs bisher ein stichhaltiger Beweis für den Nutzen der Abhaltung der violetten Lichtstrahlen noch nicht erbracht ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Impfung und Gesetz, von Nelson G. Richmond-Fredonie. (*Med. News.* 6. Aug. 1904.) Im Staate New York besteht Schulzwang für alle normalen Kinder im Alter von 8—16 Jahren und auſserdem das Gesetz, daſs nur geimpfte Kinder in die Schule zugelassen werden dürfen. Durch die oft vorkommende Weigerung der freiheitsliebenden Amerikaner, ihre Kinder impfen zu lassen, kommen nach Richmonds Aus-

Digitized by Google

führungen die Behörden in ein recht unangenehmes Dilemma; diese Weigerung entstünde nicht so fast durch die Furcht vor der Impfung, sondern vor allem durch den verhafsten Zwang. Der Hinweis auf das Diphtherieheilserum, dessen Anwendung lange nicht die so segensreiche Verbreitung gefunden hätte, wenn sie unter dem Zwange des Gesetzes geschehen wäre, ist jedenfalls sehr beachtenswert. Durch das Impfgesetz obliegt dem Staate die weitere Pflicht, für unentgeltliche Impfung Sorge zu tragen, Listen über alle Kinder zu führen usw., wie es eben bei uns in Deutschland schon längst der Fall ist. Aufserdem verspricht sich RICHMOND viel von Belehrung des Publikums durch öffentliche populäre Vorträge über die Schutzimpfung und deren eminenten Vorteile, ebenso wie jeder Arzt in seinem Kreise auf diese eindringlichst hinweisen sollte; auch sollten die Impfgegner nicht unnötigerweise gereizt und im Laufe der Zeit jedenfalls die bestehenden Gesetze über die Schutzimpfung entsprechend verbessert werden. *Stern München.*

Projekt eines Impfreglements für Jerwen, von v. NOTTBECK - Weifsenstein. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904 Nr. 35.) Das Projekt soll zu einer Reorganisation des Impfwesens in Estland dienen und ist für einen ländlichen Kreis entworfen. Zur Impfung sollen vom Kreisarzt geprüfte Impfer angestellt werden, vorzugsweise Lehrer und Küster; eine ärztliche Untersuchung der Geimpften findet nicht statt. Die Impfer unterstehen einem Kreisimpfkomitee, das aus dem Kreischef, dem Kreisdeputierten, dem lutherischen und orthodoxen Prediger, dem Bauernkommissär, dem Stadthaupt, dem Kreis- und Stadtarzt besteht. Bei der Führung der Impflisten wirken mit: das Komitee, die Gemeindeverwaltungen, die Gutspolizeiverwaltungen, der Kreisarzt, die Impfer und die Prediger! Die Impfung ist obligatorisch; ungeimpfte Kinder dürfen nicht in die Schule aufgenommen werden. Eine obligatorische Revaccination im zwölften Lebensjahre wird als wünschenswert bezeichnet. *A. Loewald-Kolmar.*

Bemerkungen über Vaccine, von CHARLES T. MCCLINTOCK - Detroit. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Juli 1904.) Verfasser zieht aus seinen Tierexperimenten folgende Schlüsse:

1. Die Mehrzahl der Haustiere ist für Variolavaccine empfänglich.

2. Die Zeit der Entwicklung ist verschieden, beträgt beim Meerschweinchen drei Tage, beim Hund neun bis elf Tage. Diese Verschiedenheit scheint von der Widerstandsfähigkeit des Tieres abhängig zu sein; sie scheint die Virulenz der Vaccine weder zu erhöhen noch zu schwächen. Vaccine, die durch 17 Generationen von Meerschweinchen gegangen war, brauchte, auf Kälber und Hunde überimpft, die bei diesen Tieren gewöhnliche Zeit zur Entwicklung.

3. Ausgewachsene Meerschweinchen und Kaninchen sind entschieden empfänglicher als junge.

4. Der Impfschutz beim Vieh wird nicht in merklicher Weise auf den Fötus übertragen.

5. Eine grofse Zahl chemischer Mittel vernichtet oder tötet die Bakterien ab, aber unter ihnen konnte keines gefunden werden, dafs irgendwelche spezielle oder spezifische Einwirkung auf den Vaccineorganismus ausübt, wie etwa das Chinin auf das Malariagift.

6. Der Vaccineorganismus wird durch Glyzerin, Chloroform, Chloräthyl, Kaliumcyanid, Karbolsäure und Chinin nicht getötet, wenn diese Mittel nicht in zu grofser Stärke gebraucht werden. Gleichzeitig werden aber alle gewöhnlichen, die Vaccine verunreinigenden Bakterien vernichtet.

7. Im Gegensatz zu der Ansicht vieler Beobachter fanden wir keine Abschwächung des Vaccineorganismus bei wiederholter Inokulation auf Kälber, selbst nicht nach Impfung durch 18 Kälbergenerationen in einem Zeitraum von 18 Wochen.

Digitized by Google

Über die Form oder Natur des Vaccineorganismus vermag Verfasser nach ununterbrochener dreijähriger Arbeit gar nichts zu berichten. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Wirksamkeit der Vaccination nachgewiesen durch Inokulation mit Pockengift, von L. G. Fink. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1904.) In Birmah ist außerhalb der Munizipalstädte die Inokulation gesetzlich nicht verboten und wird von heilkundigen Männern viel ausgeführt. Wo eine Pockenepidemie herrscht, impfen sie die durch eine Pockenattacke noch nicht geschützten Kinder in der Weise, daſs sie von einem sehr mild verlaufenden Falle einige Krusten von den Pockenpusteln nehmen, sie so fein wie möglich zerreiben, den Puder mit Wasser mischen und etwas von der Mischung in den Vorderarm injizieren oder in drei bis vier Stichöffnungen oberhalb des Handgelenks einreiben. *C. Berliner-Aachen.*

Über einen Fall von generalisierter Vaccine, von M. Stengel. (Inaug.-Diss München 1903.) Verfasser versucht den Nachweis zu führen, daſs, wie in vielen anderen Fällen, so besonders im vorliegenden die Kombination mit Dermatosen, welche die Übertragung der Vaccine besonders ermöglicht, die wahrscheinlichere und öfter vorkommende Art der generalisierten Vaccine sein dürfte. Der oftmalige Zusammenhang von Prurigo, Ekzemen usw. mit Vaccine und das eng verschmolzene Krankheitsbild, welches man sowohl als ein durch Vaccine modifiziertes Ekzem, als auch umgekehrt als eine durch Ekzem modifizierte Vaccineeruption bezeichnen kann, ist als der häufigste Fall von Vaccine generalisata in der Praxis beobachtet worden. Der beschriebene Fall betraf ein $^5/_4$jähriges Kind mit juckendem Ekzem des Gesichtes und des Kopfes, das mit seinem jüngeren, eben geimpften Bruder im selben Bett schlief und zusammen gebadet wurden. Bald danach auf der Fläche des Ausschlags Blasen, welche platzten und sich mit dicken Krusten bedeckten, und ebenso wie das Ekzem jeder Therapie widerstanden. Exitus. Diagnose: Vaccine, Ekzema faciei. (Prof. v. Bollinger.) *Fritz Loeb-München.*

Über Kombination von Blatternschutzimpfung, Masern und multipler embolischer Gangrän der Haut und Schleimhäute, zugleich ein Beitrag zur Frage der generalisierten Vaccine. Dissertation. Von Ottmar Bergmann. Würzburg 1904. *Fritz Loeb-München.*

Versehentliche Impfung der Nasenhöhle, von W. H. Bowen-London. (*Lancet.* 2. Juli 1904.) Die 28jährige Frau hatte wahrscheinlich von ihrem 14 Tage zuvor geimpften Säugling die Vaccine übertragen bekommen. Es fand sich eben innerhalb des rechten Nasenloches am Boden und nach dem Septum hin ein ca. $^1/_4$ Zoll langes Ulcus, das von vorne nach rückwärts verlief und bis auf die Schleimhaut übergriff. Das Gesicht war im ganzen stark ödematös, rot und empfindlich. Der weitere Verlauf machte die Diagnose klar, und die zeitweilig bedrohlichen Symptome verschwanden, ohne weiteren Nachteil zu hinterlassen.

R. M. H. Walford erwähnt im Anschluſs an diesen Bericht (*Lancet.* 9. Juli 1904) einen ähnlichen Fall mit typischer Bläschenbildung innerhalb der Ala nasi und einen Fall von Vaccine der Unterlippe, beides bei Frauen und ohne wesentlichen Nachteil verlaufend. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zufällige Wiederimpfung, von A. W. Hayles-Upper Pontnewydd. (*Lancet.* 16. Juli 1904.) Ein Arbeiter akquirierte eine starke Impfpustel auf der unteren Fläche einer Oberlippe dadurch, daſs er bei seinem frisch geimpften Kinde in der Absicht, die Impfung zu vereiteln, die Stellen aussog. Bei beiden, Vater und Kind, verlief trotzdem die Impfung normal. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vorläufige Mitteilung über die Impfung unter rotem Lichte, von Hugo Goldmann-Brennberg b. Ödenburg (Ungarn). (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) In rotem Lichte, d. h. in der photographischen Dunkelkammer hat Goldmann sehr

Digitized by Google

interessante Beobachtungen beim Impfen gemacht. Bei 40 Kindern stellte er folgende vergleichende Versuche an: An 20 Kindern nahm er die Impfung derart vor, daſs er die bei Rotlicht gesetzten Impfpusteln sofort rot verband und bis zu drei Wochen ungeöffnet unter dem Verbande ihrem Schicksale überlieſs. An 10 dieser letztgedachten 20 auf beiden Armen geimpften Kindern wurde der eine Arm mit Rotlicht behandelt, der andere dem Tageslichte ausgesetzt, wie dies ja sonst der Fall ist. Bei weiteren fünf Kindern lieſs er den Rotlichtverband zwei Tage liegen, nahm ihn ab und lieſs die Impfpustel dem Tageslichte aussetzen; und schlieſslich bei anderen fünf Kindern lieſs er drei Tage lang bis zum merklichen Ausbruche der Impfpusteln das Tageslicht einwirken, um dann rot zu verbinden. Unter diesem Rotlichtverbande, der das Tageslicht vollkommen abhielt, waren alle Impfpusteln ohne jegliche Reaktion geblieben, sie waren kreisrund und hoben sich von der vollends normalen, absolut nicht geröteten Umgebung etwa wie kleine Warzen scharf ab, während die Pusteln am Kontrollarme desselben Individuums diffus verbreitet, stark eiternd, von einem roten entzündlichen, weit verbreiteten Hofe umgeben waren. Ebenso gingen die Impfstellen, sobald sie zunächst einige Zeit ohne Rotverband gelassen wurden, in intensive Eiterung über, während dann, wenn die Impfstellen zunächst erst unter rotem Verbande gehalten worden waren, ein sehr milder Ablauf der Impfreaktion zu bemerken war. Die Kinder waren diesmal alle, wie auch sonst, mit animaler Lymphe geimpft worden, und um dem Zweifel zu begegnen, als ob etwa die mit Rotlicht behandelte Impfung nicht eine vollständige Immunisierung des Organismus gegen Blatterngift gemacht hätte, impfte Goldmann die Kinder noch einmal nach Ablauf von fünf Wochen; dabei zeigte sich nicht die geringste Reaktion. *Arthur Rahn-Collm.*

Zur Impfung mit rotem Lichte, von Gustav Hay-Wien. (*Wien. klin. Wochenschrift.* 1904. Nr. 38.) In diesem Artikel wendet sich H. gegen den Vorschlag Goldmanns, Impfung unter rotem Lichte vorzunehmen. Goldmann hatte durch Versuche festgestellt, daſs die Impfung dann ohne Reaktion abliefe; die Pusteln sähen aus wie kleine Warzen und die Narbe schwände nach sechs Wochen. H. weist nun nach, daſs der bezweckte Impferfolg — eine Immunisierung auf etwa zehn Jahre — dann aber auch gar nicht vorhanden sein kann. Auſserdem sei die Reaktion der unter aseptischen Kautelen vorgenommenen Impfung nicht zu befürchten.

Arthur Rahn-Collm.

Verschiedenes.

Über drei Fälle von Hauterkrankung, von R. Saundby-Birmingham. (*Lancet.* 1. Okt. 1904.)

I. **Akuter Pemphigus** bei einem Schlachterlehrling mit Ausgang in Genesung. Das Allgemeinbefinden war bei dem 14jährigen Patienten nicht erheblich gestört. Liq. arsenical. (0,3—0,6 ter die) schien zum günstigen Ausgang erheblich beizutragen. In den Blasen fand sich nur der Bacillus coli, nicht der Demmesche Diplococcus.

II. Artefizielles **Ekzem bedingt durch Kaliumbichromat.** Ein mit Tuberculin. R. Kochii erfolgreich behandelter Lagerarbeiter zeigte ein ausgedehntes Exanthem an beiden Unterarmen. Als Ursache erwies sich die Beschäftigung mit billigem Sammet, der mit Kalium bichronicum gefärbt war.

III. **Purpura orthostatica.** Bei dem 43jährigen Phthisiker mit Wirbelsäulenverbiegung trat wiederholt bei Versuchen auſser Bett zu bleiben, eine ausgedehnte Purpura an den Unterschenkeln und etwas an den Vorderarmen hervor.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. №. 2. 15. Januar 1905.

Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien. (État ponctué.)

Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.

Mit einer Tafel.

Nachdem ich im Jahre 1899 gleichzeitig mit AUDRY-Toulouse über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut,[1] 1904 über den gleichen Befund an der inneren Lamelle der Vorhaut[2] berichtet hatte, war mir die Kenntnisnahme folgenden Falles vor einer Reihe von Wochen von besonderem Werte. Dem hiesigen Frauenarzt, Herrn Dr. CALMANN, verdanke ich die Beobachtung, über welche dieser wie folgt berichtet:

Helene T., 30 Jahre, als Kind gesund. Beginn der Menses mit 15 Jahren, regelmäfsig, vierwöchentlich, dreitägig, nicht schwach. (Pause vom 17.—18. Jahre.) Mit 21 Jahren Schwellung beider Labien und Rötung, Schmerzen in der linken Seite, Ausflufs. Kein Partus oder Abortus. Zu diesen dauernden Beschwerden ist seit zwei Monaten Urindrang gekommen. Letzte Menses am 24. Mai. Bei den Menses gehen in den letzten Jahren Hautfetzen ab. Ein von anderer Seite vorgenommenes Curettement erfolglos.

Anämische Person. Corneal- und Rachenreflexe stark herabgesetzt. Auf den kleinen Labien in ihrer ganzen Ausdehnung bis herangehend an die grofsen Labien, nach oben sich erstreckend an die Basis und an die Seiten der Clitoris sieht man eine gräulich-gelbliche Färbung, welche sich aus kleinen, gelblich schimmernden, dicht stehenden, etwas erhabenen, stecknadelspitz- bis knopfgrofsen Fleckchen zusammensetzt, zwischen welchen die eigentliche Schleimhaut ein mattgraubläuliches Aussehen hat. Die hintere Kommissur und die Vagina sind frei davon. Der Introitus ist sehr empfindlich. Die Vaginalschleimhaut gerötet. Fluor. Uterus anteflektiert, beweglich, nach links verlagert durch eine die Cervix nach rechts ziehende Narbe im rechten Scheidengewölbe. Die linke Tube ist etwas hart, aber nicht eigentlich empfindlich. Ovarien normal. Urin frei. Hämorrhoiden. (Probeexzision an der Grenze zwischen grofser und kleiner Labie links im obersten Drittel.)

---

[1] *Diese Zeitschrift*, Band 29, S. 354 ff.

[2] Ibidem, Band 39, S. 652 ff.

Digitized by Google

Die meiner kleinen Mitteilung beigefügten Zeichnungen veranschaulichen den histologischen Befund. Bevor ich ihn kurz skizziere, möchte ich darauf hinweisen, dafs die vermeintliche Verfärbung der kleinen Labien, so wie sie Herr Dr. Calmann schildert, das charakteristische an dem Befunde ist. Die gelben Fleckchen überwiegen so, dafs die kleinen Labien, deren normale blafsrote Farbe einem matten Blau in den Partien zwischen den gelben Flecken gewichen ist, ein ganz verändertes fremdartiges Aussehen angenommen haben. Wer die gelbe Körnelung der Mundschleimhaut und des inneren Vorhautblattes kennt, wird ohne weiteres das erwähnte Aussehen der kleinen Labien aus der Häufung freier Talgdrüsen in ihnen erklären. Sehr glücklich dünkt mich die von Audry gewählte Bezeichnung des État ponctué. Es ist meine Pflicht, gleich hier aus der Dissertation seines Schülers Raymond Rozières de l'état ponctué et des glandes sébacées de la muqueuse labio-buccale (Toulouse 1901) den bereits in meinen Beiträgen zur Anatomie des Präputiums zitierten Passus aufzuführen:

„Ce phénomène n'a rien d'inattendu et il en existe d'autres exemples en anatomie normale, ainsi sur la face interne du prépuce, ainsi autour du gland. Enfin, nous avons déjà indiqué a fait que sur la face interne des petites lèvres d'un bon nombre de femmes adultes, on trouvait les mêmes glandes se manifestant par une apparence identique à celle que nous étudions plus particulièrement. De telle sorte qu'il existe non pas seulement un état ponctué de la muqueuse labio-buccale mais encore un état ponctué préputial, un état ponctué des petites lèvres, qui ont le même aspect et la même signification."

Die an so versteckter Stelle befindliche kurze französische Notiz ist meines Wissens in der gesamten Literatur die einzige, welche die an voranstehendem Fall geschilderte Veränderung der kleinen Labien fixiert hat.

Um jeglichem Mifsverständnis auszuweichen, wiederhole ich noch einmal, dafs es mir auf die Veränderung ankommt, welche bedingt wird durch die Gegenwart von Hunderten, ja von Tausenden von freien, d. h. von Haaren unabhängigen Talgdrüsen. Über freie Talgdrüsen der kleinen Labien existieren eine ganze Anzahl von Literaturangaben, einzelne Autoren berichten direkt von zahlreichen Drüsen. Ein kurzer Literaturausweis wird solches belegen.

Bei diesem État ponctué der kleinen Labien dürfte die klinische Anschauung den Weg gehen, welchen sie bei der entsprechenden Veränderung der Wangenschleimhaut hinter sich hat: hier war die gelbe Körnelung — allerdings als solche von Fordyce[3] als erstem 1896 beschrieben — von den ärztlichen Beobachtern längst gut gekannt, aber unrichtig bewertet gewesen. Auf ihren richtigen anatomischen Charakter sie zurückzuführen, war Audry und mir 1899 vorbehalten geblieben. Vor uns hatten amerikanische Ana-

[3] *Journ. of cutan. and genit.-urin. diseases.* Nov. 1896.

Digitized by Google

tomen, MONTGOMERY und HAY,[4] in Form einer kurzen, in Europa auch von den Fachanatomen unbeachtet gebliebenen Demonstration nur über das Vorkommen von freien Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut berichtet, wie es scheint ohne jeglichen Zusammenhang mit dem eigentlichen état ponctué, der Häufung der Drüsen zu tausenden.

Daſs es sich um eine den Gynäkologen keineswegs selten zu Gesichte kommende Veränderung bei dem état ponctué, der gelben Körnelung der kleinen Labien, handelt, ist für mich nach Unterredungen mit Fachärzten feststehend. Von den hiesigen Gynäkologen will ich nur Herrn Dr. SCHRADER zitieren wegen seiner die Veränderung gut charakterisierenden Äuſserung, daſs „die Sprenkelung der kleinen Labien" bei flüchtigem Zusehen den Anschein erwecke, „als ob die Oberfläche mit einer feinen gelben Schmiere belegt sei". Herr Privatdozent Dr. LUDWIG PICK in Berlin verfügt über einschlägige anatomische Untersuchungen. Aus PICKS brieflichen Mitteilungen — auch er spricht treffend von einer „Sprenkelung" der kleinen Labien — interessiert hier insbesondere, daſs er das Auftreten zahlreicher Atherome in den kleinen Labien beobachtet hat, so daſs sie wie gespickt mit kleinen Schrotkugeln und Erbsen aussahen. Solche Folgezustände habe ich an der Wangenschleimhaut und der inneren Präputiallamelle niemals gesehen, trotz der intensiven Aufmerksamkeit, mit welcher ich an diesen Stellen seit Jahren den état ponctué verfolgt habe. Da die Veränderung als solche symptomlos verläuft, dürfte sie auch an den kleinen Labien ausschlieſslich als Nebenbefund bezw. Folgezustand anderer gynäkologischer Leiden gesichtet werden. Bei dem von Herrn Dr. CALMANN beobachteten Fall war die Veränderung mit einem Reizzustand der Genitalien verknüpft. Die Wichtigkeit dieser Verbindung erhellt aus der vorliegenden Literatur über die Häufung freier Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut und dem inneren Präputialblatt. In diesem Sinne sei auf meine eigenen einschlägigen Abhandlungen verwiesen. Daſs die Veränderung als solche jeglichen ursächlichen Zusammenhanges mit einer venerischen Infektion enträt, sei hier nachdrücklich bemerkt. Ich stelle mir aber vor, daſs, wie im Munde eine Salivation aus irgendwelchen Gründen (nach einer Hg-Kur mit stomatitischen Erscheinungen, bei Rauchern u. s. f.), wie an der Vorhaut eine Dermatitis praeputialis verbunden mit reichlicher Smegmaabsonderung das Erscheinen der gelben Körnelung begünstigt, an den weiblichen Genitalien ein anhaltender Fluor das auslösende Moment darstellt. Aus diesem Grunde, weil eben ein mit Fluor verbundener Reizzustand der weiblichen Genitalien so etwas ungemein Häufiges ist, glaube ich, daſs dieser état ponctué an den kleinen Labien durchaus nicht selten auftritt. Ich selbst beobachte ein

[4] Proceedings of Assoc. of Americ. Anatomicts 10. Session 1897.

nur verschwindend kleines gynäkologisches Material. In welchem Alter der état ponctué an den kleinen Labien am häufigsten zur Beobachtung kommt, bei welchen gynäkologischen Leiden, ob vor der Pubertät, ob und wann er wieder verschwindet: die Beantwortung dieser und anderer Fragen mufs naturgemäfs den Frauenärzten überlassen werden.

---

v. Kölliker schrieb in seinem Handbuch der Gewebelehre (Leipzig, 1889), VI. Aufl.:

„Die Talgdrüsen der weiblichen äufseren Genitalien finden sich an der inneren und äufseren Seite der Labia minora meist in grofser Menge und sind zum Teil ebenso grofs wie die an den kleinen Härchen der Innenfläche der Labia majora, zum Teil kleiner. Glans und inneres Blatt des Praeputium clitoridis haben mir nie Talgdrüsen dargeboten, obschon Burkhardt von solchen an der Corona clitoridis spricht, wohl aber in einzelnen Fällen die Umgegend der Harnröhrenmündung und der Scheideneingang selbst . . .“

v. Kölliker zitiert schliefslich noch Wertheimer *(Arch. général.* 1883*)*, nach welchem die freien Talgdrüsen der Labia minora ebenso wie die Talgdrüsen des roten Lippenrandes bei Neugeborenen noch nicht vorhanden sind.

Einer der besten Kenner der Talgdrüsen, Stieda, fafste in seiner Abhandlung: Das Vorkommen freier Talgdrüsen am menschlichen Körper (*Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol.*, Bd. IV, Hft. III, 1902), seine literarischen Studien über die Talgdrüsen der Glans und des Praeputium clitoridis sowie der Labia minora dahin zusammen:

„Aus dieser kurzen literarischen Übersicht, die nicht im geringsten als vollständig bezeichnet werden kann, geht offenbar hervor, dafs, ganz abgesehen von Widersprüchen im einzelnen, freie Talgdrüsen im Bereich der äufseren weiblichen Genitalien nicht konstant sind, dafs sie nur bei einzelnen Individuen und sehr spärlich vorkommen.“

Dieses Urteil fällt Stieda, trotzdem von den von ihm zitierten Autoren[5] v. Kölliker (vgl. voranstehend aufgeführte Sätze) und Waldeyer

[5] Wendt, Dissert. de Epidermi de humana. Breslau 1833. Fig. VI.

A. Burkhardt, Anatomische Bemerkungen über die Talg- und Schleimdrüsen im allgemeinen, mit besonderer Beobachtung derjenigen, welche sich in den Nymphen finden. Verhandl. der naturforsch. Gesellsch. zu Basel 1835.

v. Kölliker, a. a. O.

Stöhr, Lehrbuch der Histologie. Jena 1901. 9. Aufl.

Rauber, Lehrbuch der Anatomie. Leipzig 1898. V. Aufl. II. Bd.

Saalfeld, Über die Tysonschen Drüsen. *Arch. f. mikrosk. Anat.* 1899. Bd. 53.

Waldeyer, Das Becken. Bonn 1899.

Tandler u. Doméng, Zur Histologie der äufseren Genitalien. *Arch. f. mikrosk. Anat.* 1899. Bd. 54.

Nagel, Die weiblichen Geschlechtsorgane. *Handb. der Anat.* Jena 1896. Bd. VII.

Digitized by Google

über zahlreiche freie Talgdrüsen an den kleinen Labien berichten. Über die Clitoris und das Praeputium clitoridis lauten die Angaben der Autoren sehr abweichend, die positiven Angaben melden aber nur wenige Drüsen. In dem eingangs dieser Arbeit geschilderten eigenen Fall reichten für das unbewaffnete Auge die Talgdrüsen gerade bis an das Praeputium clitoridis heran.

Soviel geht aber für mich aus den von STIEDA zitierten Arbeiten hervor, dafs der État ponctué AUDRYS, d. h. die Häufung freier Talgdrüsen zu vielen hunderten an den kleinen Labien, welche selbst wie mit einer feinen gelben Schicht belegt erscheinen, in der Literatur — es ist das im voranstehenden schon erwähnt — bis auf die versteckte kurze französische Notiz unerwähnt geblieben ist.

In dieser Ansicht werde ich bestärkt durch die mir vorliegende Dissertation von WILHELM SCHULTZE „Über die Talgdrüsen des Menschen und ihre Adnexe, mit besonderer Berücksichtigung der an den Labia majora und minora vorkommenden“ (Berlin 1898). Die Dissertation ist unter CARL RUGES Leitung gefertigt. SCHULTZE erwähnt die französischen Autoren MARTIN und LEGER (*Arch. génér.* 1862) als „die einzigen, welche über Talgdrüsen in den weiblichen Genitalien geschrieben haben“. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse von MARTIN und LEGER und seiner eigenen führt ihn zu folgenden Schlüssen: „MARTIN und LEGER fanden nach ihren Worten:

I. Les glandes sébacées vont en augmentant en nombre et en diminuant de volume de la face externe des grandes lèvres à la face interne des petites lèvres.“

SCHULTZE dagegen fand „einen wesentlichen Unterschied zwischen medialer und lateraler Seite der grofsen Schamlippen, indem er an der medialen Seite die Drüsen weniger zahlreich und weniger voluminös antraf als auf der lateralen, auch bei Neugeborenen war hier die Zahl gering.“

„II. Es existieren die Talgdrüsen der kleinen Schamlippen noch nicht beim Fötus, sondern erscheinen erst in der Pubertätszeit, in der Schwangerschaft nehmen sie an Gröfse zu und nach der Menopause atrophieren sie.“

SCHULTZE fand im besonderen, „dafs die mediale Seite der kleinen Labien der an Talgdrüsen reichste Teil der grofsen und kleinen Schamlippen ist“. „Hier stehen sie so dicht und sind so voluminös, dafs mehrere Drüsen untereinander zu verschmelzen scheinen. Ich habe gleichfalls 120—150 bei Erwachsenen gezählt. Die Drüsen finden sich da, wo der Übergang des geschichteten Plattenepithels der kleinen Labien in der Schleimhaut der Vagina stattfindet.“ Aus den zitierten Sätzen geht klar hervor, dafs SCHULTZE den von AUDRY und mir geschilderten état ponctué nicht vor Augen gehabt hat.

Digitized by Google

Ohne eine erschöpfende Vollständigkeit geben zu können, zitiere ich aus der Literatur noch die Engländer KEITH und SCHILLITOE, welche in einer am 16. Jan. 1904 im „*Lancet*“ publizierten Studie über die Beziehungen des Talgdrüsenapparates zu geschlechtlichen Vorgängen und über das gelegentliche Vorkommen weitmündiger, reihenförmig angeordneter Talgdrüsen — deren Öffnungen als sogenannte Ocelli praeputiales bezeichnet werden — auf dem Rücken des Penis berichten. Untersuchungen an Frauen zeigten das Vorhandensein dieser Ocelli und von Reihen von Talgdrüsen vorzugsweise an den kleinen Labien in gröfserer oder geringerer Entwicklung bei einem sehr grofsen Prozentsatz der Untersuchten. (Vgl. in meinen Beiträgen zur Anatomie des Präputiums *diese Zeitschr.*, Dez. 1904, Bd. 39 das Referat von PHILIPPI.) — In den „Grundzügen der Histologie“ von KLEIN (Leipzig 1890) findet sich die Angabe, dafs die kleinen Labien grofse Talgdrüsen, aber keine Haare besitzen.

Es erübrigt noch, bezüglich der histologischen Ergebnisse des von Herrn Dr. CALMANN und mir beobachteten Falles hier einige Notizen zu geben. Auf die genauen Einzelheiten der Anatomie der freien Talgdrüsen verzichte ich hier, da ich sie in meinen früheren Arbeiten des ausführlicheren behandelt habe, und irgendwelche grundsätzlichen Abweichungen bei den Drüsen der kleinen Labien nicht vorliegen. Das für die Untersuchung bestimmte Stückchen, welches an der Grenze zwischen kleiner und grofser Labie links im obersten Drittel herausgenommen war, wurde in seiner medialen Hälfte in FLEMMING-Lösung, in seiner lateralen Hälfte in Alkohol fixiert. Fig. 1 gibt einen Schnitt durch die mediale, Fig. 2 einen Schnitt durch die laterale Hälfte wieder. Letzterer zeigt das fast scharfe Abschneiden der Talgdrüsen, das Fehlen dieser in der zu einem Teil noch der grofsen Labie angehörenden Partie des Schnittes, was um so bemerkenswerter ist, als die grofsen Labien an Talgdrüsen gar nicht arm sind. Zur Färbung dienten Hämatein, Hämatein und Säurefuchsin-Pikrinsäure (VAN GIESON), pol. Methylenblau, saures Orcein (elastische Fasern) u. a. Das FLEMMING-Material wurde nach der von mir 1899 *(Dtsch. Medic.-Ztg.)* empfohlenen UNNAschen Safranin-Tannin-Wasserblaumethode gefärbt. Von einer Farbentafel glaubte ich mit Rücksicht auf meine Arbeit über die freien Talgdrüsen der inneren Präputiallamelle Abstand nehmen zu dürfen.

Figg. 1 und 2 zeigen die wohlentwickelten freien, d. h. von Haaren unabhängigen Talgdrüsen bezw. die Komplexe solcher. Fig. 1 zeigt auch eine sogenannte intraepitheliale Talgdrüse. Figg. 1 und 2 in der Längsrichtung getroffene Ausführungsgänge. Diese hatte AUDRY in der Wangenschleimhaut als „einfache Substanzverluste“ charakterisiert, „die mehr oder

Digitized by Google

minder röhrenförmig aussehen, fast geradlinig verlaufen und von eleidinhaltigen Stachelzellen begrenzt werden." Die Beschreibung darf man gelten lassen, nur ziehe ich es vor, von keratohyalinhaltigen Stachelzellen zu sprechen. Man sieht an meinen Schnitten sehr deutlich, wie Hornschicht und Körnerlage der Oberfläche zur Wandbegrenzung werden. Die reichlichen Mitosen der Keimschicht des Deckepithels zeigen die nicht gerade beträchtliche Wucherung der Stachelschicht an, welche als solche eine Voraussetzung ist für die hier zweifelsohne vorliegende postembryonale Entwicklung freier Talgdrüsen.

Die ebenerwähnte Körnerlage mit der zu ihr gehörenden Hornschicht bekleidet beide Hälften des exzidierten Stückchens. Soweit dieses zur kleinen Labie gehört, darf daran erinnert werden, daſs in den Handbüchern der Anatomie bei der kleinen Labie nur von einem die Oberfläche bildenden geschichteten Pflasterepithel gesprochen wird. Die Ausbildung einer Hornschicht ist die Folge des chronischen Reizes, unter welchen die Schleimhaut gesetzt war, und erklärt das klinisch auffällige, matt-graubläuliche Aussehen der kleinen Labie in den von den gelben Einlagerungen frei gebliebenen Partien. Herrn Dr. Calmann erinnerten diese allerdings sehr wenig umfänglichen Partien mit Recht an eine beginnende Kraurosis vulvae.

Die bei schwacher Vergröſserung gezeichneten Schnitte lassen die im Bindegewebe sich geltend machenden entzündlichen Vorgänge nur schwer erkennen. Die Abrundung der Papillenköpfe ist die Folge der entzündlichen Reizung. Die Collagenbündel sind auseinandergedrängt, die Gefäſse sind erweitert, in den Lumina der Gefäſse und auſserhalb dieser sind zahlreiche polynukleäre weiſse Elemente anzutreffen, welche ihren Weg auch in die Interspatien des Deckepithels gefunden haben. Die elastischen Fasern sind verschmächtigt und geschädigt. — Ob und inwieweit die hier histologisch festgestellte entzündliche Reizung dem klinisch supponierten Reizzustand als einer Bedingung für die postembryonale Entwicklung massenhafter freier Talgdrüsen entspricht, diese Frage harrt im Verein mit anderen biologischen Fragen der Entscheidung an der Hand eines groſsen anatomischen Materials. Bezüglich der Einzelfragen darf ich wieder auf meine voraufgegangenen Arbeiten über die freien Talgdrüsen verweisen.

Hamburg, im November 1904.

Digitized by Google

Die subcutanen Chaulmoograöl-Einspritzungen gegen die Lepra.

Von

Dr. Tourtoulin Bey, Cairo.

Von allen gegen die Lepra empfohlenen inneren Mitteln hat bis jetzt, so weit meine Erfahrungen reichen, einzig und allein das Chaulmoograöl befriedigende Ergebnisse geliefert, indem es Besserungen von zuweilen sogar beträchtlichem Umfang herbeiführte.

Dieses Öl mufs nun aber lange Zeit und in grofsen Mengen genommen werden, ehe man einen nennenswerten Erfolg erwarten kann. Zu solcher Kur besitzen nur die wenigsten Leprösen genügend Willenskraft und einen genügend widerstandsfähigen Magen; die meisten bekommen bald einen Widerwillen dagegen und weigern sich, das Mittel weiter zu nehmen Ich habe daher im Jahre 1894 versucht, das Öl in Mengen von je 5,0 subcutan einzuspritzen. Der betreffende Patient erhielt innerhalb fünf Jahren 584 Einspritzungen. Der Erfolg war ein sehr zufriedenstellender, indem der von schlimmster lepröser Kachexie befallene Kranke fast ganz wieder hergestellt wurde und jetzt überall gern gelitten ist, während man sich früher ängstlich von ihm zurückzog. Seine jetzige Photographie ist von der vor zehn Jahren aufgenommenen so grundverschieden, dafs es schwer wird, zu glauben, es handle sich um die nämliche Person. 1890 habe ich diesen Fall der Akademie für Medezin in Paris, die Hallopeau zum Referenten ernannte, und der Pariser „Société de Dermatalogie" mitgeteilt.

Hallopeau, der bei meinem Vortrag in der Société zugegen war, war über die völlige Verwandlung meines Patienten ganz erstaunt, verhielt sich aber gegenüber der Behandlung sehr zweifelsüchtig und schien eher geneigt, an eine unbeeinflufste Rückbildung zu glauben. Das war begreiflich, denn es lagen ja aufser dem meinen erst zwei bis drei Fälle von Besnier vor, in denen das Mittel günstig eingewirkt hatte, zahlreiche Fälle dagegen, in denen es gar keinen oder nur einen rasch vorübergehenden Erfolg erzielt hatte. Ich betonte aber in jener Sitzung, dafs die meisten Leprösen, die das Chaulmoograöl innerlich einnehmen, schon nach wenigen Wochen einen unüberwindlichen Widerwillen dagegen bekommen und die Medikation aufgeben, während das Mittel doch lange Zeit und in grofsen Mengen weiter genommen werden mufs, wenn man Erfolge sehen will. Unter diesen Umständen sei es kein Wunder, wenn das Mittel bisher versagt habe, zumal ja auch das Öl, innerlich genommen, nur zum Teil resorbiert werde.

Digitized by Google

Ich hielte mich aber für berechtigt, in meinem Fall die Besserung von dem Medikament herzuleiten.

Freilich darf man aus der Tatsache, daſs ein Heilverfahren in einem einzelnen Falle Besserung oder gar völlige Heilung herbeigeführt hat, nicht folgern, daſs es nun in allen ähnlichen Fällen von dem nämlichen Erfolg begleitet sein werde. Ich bat daher sowohl die Akademie wie die Société de Dermatologie, meine Therapie an geeigneten Patienten zu versuchen.

Im Jahre 1901 hat darauf HALLOPEAU der Académie de Médecine seinen Bericht über dies Frage vorgelesen, und DU CASTEL, der bekannte Arzt vom Hôpital St.-Louis, hat im Anschluſs daran das Ergebnis seiner eigenen Erfahrungen mitgeteilt. Beide Autoren stimmen darin überein, daſs die subcutanen Einspritzungen von Chaulmoograöl sehr günstig wirken, und daſs dies Verfahren viel für sich hat. Von neun Leprösen, die HALLOPEAU teils subcutan, teils innerlich mit dem Öl behandelte, blieb nur bei einem die Wirkung ganz aus, aber dieser konnte das Mittel durchaus nicht vertragen und hatte die Behandlung bald wieder aufgegeben. HALLOPEAU fügte hinzu: „Es ist bemerkenswert, daſs dieser Patient schon früher auf der Abteilung von DUGUET methodisch mit dem Öl behandelt wurde, und daſs er es damals sehr gut vertragen hatte und unter seinem Gebrauch wesentlich besser wurde.“ In der damaligen Sitzung stellte HALLOPEAU zur Kontrolle seine neun Fälle vor und schrieb in seinem Bericht: „Die Ergebnisse der Behandlung sind keineswegs negativ.“ „Wahrscheinlich übt das Öl einen günstigen Einfluſs auf die Lepra aus.“ (*Bulletin de l'Académie.* 1901. S. 292—294.)

DU CASTEL sprach in jener Sitzung der Akademie über die Vorteile und Nachteile der subcutanen Anwendung des Chaulmoograöls, — Punkte, die ich noch berühren werde —, schien aber im allgemeinen geneigt, die erzielten Besserungen auf das Mittel zu beziehen und die Annahme einer unbeeinfluſsten Rückbildung der Lepra zurückzuweisen. Tatsächlich haben auch seine vier Patienten, die subcutan mit dem Öl behandelt wurden, groſsen Nutzen davon gehabt; der eine von ihnen, der bei innerlicher Darreichung von 200 Tropfen des Öls gar keine Fortschritte machte, „zeigte im Anschluſs an die subcutanen Einspritzungen sofort eine rasche Besserung“. Ich verfüge jetzt über weitere Fälle: Auf meine Empfehlung hin werden seit zwei Jahren drei Lepröse in verschiedenen Gegenden Ägyptens von zwei griechischen und einem eingeborenen Arzt subcutan mit Chaulmoograöl behandelt. Bei allen drei Patienten ist, wie ich es nicht anders erwartete, bedeutende Besserung eingetreten; die einzelnen Geschwüre sind vernarbt, die groſsen Knoten abgeflacht, und der eine Kranke, der seine Sprache vollkommen verloren hatte, kann jetzt nach sechsmonatlicher Behandlung wieder normal sprechen.

Digitized by Google

Dr. Miguel, Assistenzarzt in den französischen Kolonien, hat auf Anraten des Chefarztes Dr. Clarac in der Leproserie zu Acaronany (Französisch Guyana) im Oktober 1899 bei sieben Patienten die subcutane Behandlung mit Chaulmoograöl (5,0 für die Einspritzung) eingeleitet. (*Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale*, 1901, S. 274.) Es würde zuweit führen, den Verlauf bei jedem dieser sieben Fälle einzeln zu schildern. Aber auch hier wurde bei allen eine merkliche Besserung beobachtet; die Höcker flachten ab, die Geschwüre heilten aus, die Eiterung liefs nach, die Sensibilität stellte sich wieder ein, die Nägel wuchsen wieder, die Gelenke wurden wieder beweglich, die gekrümmten Finger konnten wieder gestreckt werden, und ein Kranker, der ganz hilflos war, weil er nicht mehr sehen konnte, vermochte, die Gegenstände auf drei Meter Entfernung wieder zu erkennen und wieder allein zu gehen. Miguel bemerkt dazu: „Die Chaulmoograöl-Einspritzungen haben ausnahmslos bei allen sieben Leprösen günstig gewirkt. Diese günstige Einwirknng liefs sich schon nach der fünften Einspritzung feststellen, was um so bemerkenswerter ist, als die Kranken sich in traurigen hygienischen Verhältnissen befanden und schlecht ernährt wurden." (A. a. O., S. 282.)

Hat man ein Recht, auch diesen Tatsachen gegenüber wieder nur von von unbeeinflufsten Rückbildungen zu reden und der Behandlung jede Wirkung abzusprechen? Ich meinerseits nehme keinen Anstand, in diesem Fall auf dem post hoc ergo propter hoc zu bestehen. Auch behaupte ich auf Grund dieser Erfahrungen, dafs sich das Chaulmoograöl in subcutaner Anwendung am wirksamsten erweist, und diese Darreichung daher den Vorzug verdient, zumal der Magen dabei in keiner Weise belästigt wird, was doch bei Behandlung aller Krankheiten von grofser Wichtigkeit ist.

Man erhebt aber gegen mein Verfahren den Vorwurf, dafs es Nachteile und selbst Gefahren mit sich bringt. Hallopeau sagt in seinem Bericht: „Die subcutane Anwendung des Öls verdient, soweit sie von den Patienten vertragen wird, den Vorzug, doch ist sie zuweilen schmerzhaft und kann vorübergehende Fiebererregungen oder gar Lungenembolien hervorrufen." Du Castel vom Hôpital Saint-Louis äufsert sich wie folgt: „Die Vorzüge der neuen Anwendungsweise sind unbestreitbar. Bei der beträchtlichen Zahl von Leprösen, die das Öl innerlich nur schlecht vertragen, ist dies ein wertvoller Ausweg. Indessen ist auch er nicht ohne Nachteile und ohne Gefahren gangbar, denn die Einspritzungen verursachen zuweilen lebhafte Schmerzen, auch sind Lungenembolien vorgekommen." Es ist allerdings wahr, dafs die Einspritzungen mit Chaulmoograöl bei Patienten, deren Sensibilität nicht sehr herabgesetzt oder ganz erloschen ist, etwas Schmerzen verursachen, aber lange nicht so starke, wie das Oleum cinereum oder gar Kalomel. Auch habe ich bei mehr als 900 Einspritzungen, die ich innerhalb der letzten zehn Jahre vorgenommen habe, nur viermal eine

Digitized by Google

Lungenembolie beobachtet; dabei machte sich diese Embolie nur durch etwas beschwerte Atmung, Gesichtsblässe und Kleinheit des Pulses bemerkbar, lauter Symptome, die rasch wieder vorübergingen. Ich glaube, dafs bei Einspritzungen mit anderen Mitteln zuweilen ernstere Zufälle vorkommen, ohne dafs man sich indes abschrecken liefse, die Mittel weiter subcutan zu verwenden.

Man sollte daher bei einer so schrecklichen und aussichtslosen Krankheit, wie die Lepra, ein Mittel nicht zurückweisen, das nach den vorliegenden Erfahrungen so ausgezeichnete Erfolge verspricht. Selbstverständlich ist dabei mit der gröfsten Vorsicht zu verfahren, um alle unliebsamen Zufälle möglichst zu vermeiden. Zu diesen Vorsichtsmafsregeln gehört aufser der unerläfslichen Asepis auch die, dafs man die intramuskulären Einspritzungen niemals in der Nähe grofser, erkrankter Gefäfsstämme vornimmt, es könnten dann nämlich möglicherweise einzelne Tropfen Öl ins Gefäfssystem gelangen und Anlafs zu einer Embolie geben. Auch soll man, wenn man die Kanüle eingestofsen hat, nachsehen, ob auch kein Blut ausfliefst, damit man sicher ist, nicht direkt in eine Arterie oder Vene zu spritzen. Ich habe immer in das subcutane Bindegewebe des Vorderarms oder des Oberschenkels eingespritzt.

Von einem anderen Nachteil der Subcutanbehandlung der Lepra war aber bisher noch nicht die Rede: sie ist nämlich langwierig und stellt an die Ausdauer des Arztes und des Patienten grofse Ansprüche. Wird sie jedoch lange genug und ohne zu grofse Unterbrechungen fortgesetzt, so verschwinden die krankhaften Symptome eines nach dem anderen, so dafs man manchmal versucht sein könnte, an eine völlige Heilung zu glauben. Leider ist das nur eine Täuschung, denn wenn der Patient fünf bis sechs Monate ohne jede Einspritzung bleibt, so entwickeln sich wieder neue lepröse Herde, wenn auch einstweilen noch in milder Form. Man mufs die Behandlung daher jahrelang fortsetzen, wenn man den Kranken in einem befriedigenden Zustand erhalten und ihn vor einem Wiederausbruch der Lepra bewahren will. Ich habe denn auch nie von einer eigentlichen Heilung, sondern immer nur von einer auffallenden Besserung, die der Heilung fast gleichkommt, gesprochen. Aber auch das ist meines Erachtens schon ein schöner Erfolg gegenüber einer so scheufslichen Krankheit, die den Körper verstümmelt, die ihn mit eitrigen Geschwüren bedeckt, die die Muskeln und oft auch die lebenswichtigsten Nerven zerstört; und wir sollten, meine ich, ein Mittel, das alle diese Prozesse aufzuhalten imstande ist, das den Patienten dem Leben wiedergibt, hochschätzen und in Ehren halten — wenigstens solange das wahre Spezifikum gegen die Lepra noch nicht gefunden ist!

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1904. Band 11, Heft 12.

I. **Beiträge zur Pathologie der Tuberkulide im Kindesalter,** von G. Nobl-Wien. Für das Studium der Tuberkulide erscheint der infantile Organismus wegen seiner ausgesprochenen Prädilektion zur Skrophulo Tuberkulose, wegen der besonderen Vulnerabilität, Erregbarkeit und Reaktionsfähigkeit seines Integuments in hervorragendem Maſse geeignet. Verfasser hat deshalb ein gröſseres Kindermaterial auf diese spezifischen Hautläsionen hin geprüft. Unter 430 hautkranken Kindern wurde das prägnante Symptomenbild des papulo-nekrotischen Exanthems 13 mal beobachtet. Die Krankengeschichte dieser dreizehn Fälle wird in folgendem ausführlich mitgeteilt.

Es zeigten unter anderen

Fall 1: „Tuberkulöse Symptome des Halses; Skrophuloderma; akneiformes, papulo-nekrotisches Tuberkulid an Stamm und Extremitäten."

Fall 2: „Submaxillare und retroaurikulare Lymphome; zerfallene Skrophulodermaknoten am Halse und Gesäſs; perinasales Ekzem; Lichen scrophulosorum; papulo-nekrotisches Tuberkulid am Gesäſs, an den Armen und Beinen."

Fall 5: „Fungus des rechten Ellenbogengelenkes; Lymphome am Halse; narbige Residuen zerfallener Submaxillardrüsen; annuläre Eruption von Lichen scrophulosorum; lentikulär-nekrotisches Tuberkulid."

Fall 6: „Knotige Auftreibung der Unterkieferdrüsen; skrophulöse Gummen, zerstreut an den Extremitäten, zum Teil kolliquesziert; papulo-nekrotisches Tuberkulid der Extremitäten."

Fall 7: „Spezifische Lungeninfiltration; suppurierende, skrophulöse Gummen am Gesäſs und Schultergürtel; Lymphome am Halse; gruppiertes papulo-nekrotisches und pustulöses Tuberkulid."

Fall 10: „Sehnenscheidenfungus des rechten Vorderarmes; papulo-pustulöses und nodulär-nekrotisches Tuberkulid an den Streckflächen der Extremitäten, Hand- und Fuſsrücken, Penis, Mons und Ohrmuscheln" usw.

Im allgemeinen war das Krankheitsbild ziemlich regelmäſsig durch Eruptionen hirse-, hanf- und schrotkorngroſser, pustulo-ulceröser und nekrotisierender, meist zerstreut, seltener gruppiert auftretender, bald lebhaft roter, bald dunkel livid verfärbter, scharf umschriebener Effloreszenzen charakterisiert, welche sich mit besonderer Vorliebe an den Streckflächen der Extremitäten, der Lendenpartie und der Gesäſsgegend lokalisierten.

Alle im Alter von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren stehenden Kinder zeigten, abgesehen von unzureichender Ernährung, mangelhafter Entwicklung und fahler, welker Hautbeschaffenhdit, ausnahmslos manifeste Formen der Skrophulo-Tuberkulose, insbesondere des lymphatischen Apparates.

Obgleich in keinem einzigen Falle in den beschriebenen Effloreszenzen Tuberkelbazillen nachweisbar waren, so glaubt Verfasser doch, aus der groſsen Ähnlichkeit des strukturellen Verhaltens und der Ausgangsformen ihrer Gewebsprodukte mit der Morphologie echter Tuberkel auf gleiche, spezifische Krankheitserreger bei den papulonekrotischen Tuberkuliden wie beim Tuberkel selbst schlieſsen zu dürfen.

Digitized by Google

II. **Blutveränderungen beim Pemphigus foliaceus-Cazenave,** von G. Grinew-Charkow. Das Durchschnittsergebnis aus 23 Beobachtungen ist folgendes:

Anzahl der roten Blutkörperchen	4 319 000
„ „ weifsen „	7 700
ihr Verhältnis zu einander	1 : 560
Umfang der roten Blutkörperchen	42,2
„ „ weifsen „	1,3
„ des Plasma	56,5
Umfangskoeffizient	102 000
Menge des Hämoglobin	67,8 = 9,5 %
Spezifisches Gewicht	1045
Prozentmenge der Lymphocyten	14,7
Prozentmasse der einkernigen	7
„ der vielkernigen	78,2
Absolute Zahl der Lymphocyten	1182
„ „ „ einkernigen	548
„ „ „ vielkernigen	5896
Menge der Neutrophilen	77,86 %
„ „ Basophilen	0,34 %
„ „ Eosinophilen	0,34 % (ca. 0,5 %)
Absolute Zahl in einem Kubikmillimeter des Blutes	
Neutrophile	5873
Basophile	0
Eosinophile	23

Im allgemeinen läfst sich sagen: „Die roten Blutkörperchen sind in der Zahl vermindert, die weifsen sind in ihrer absoluten Zahl ebenso wie in ihrem Verhältnis zu den roten ein wenig vermehrt. Der Umfang der Blutkörperchen ist verkleinert, das Blut ist infolgedessen wässerig. Der Umfangskoeffizient ist etwas vergröfsert, deshalb können wir voraussetzen, dafs entweder die roten Blutkörperchen kleiner geworden sind oder ihre Elastizität vergröfsert ist. Die Menge des Hämoglobin ist sehr vermindert, was zum Teil für die erstere Ansicht, d. h. für die Verminderung der Gröfse der roten Blutkörperchen spricht. Das spezifische Gewicht ist verkleinert. Die Menge der Lymphocyten ist vermindert, die der einkernigen und vielkernigen Leukocyten etwas vergröfsert.

Die Neutralleukocyten sind gröfser als normale, die Eosinophilen sind in der Zahl vermindert.

Basophile Zellen fehlen.“

III. **Über die krankhaften Veränderungen des Urins bei sekundärer Syphilis und Quecksilberkuren,** von Ernst Adler-Berlin. Der Verfasser bespricht die einschlägige Literatur und teilt dann aus Dr. Ledermanns Poliklinik und aus seiner eigenen Praxis je einen Fall von wirklicher, syphilitischer Nephritis im Frühstadium der Lues mit.

Der erste Fall betraf einen 36jährigen Patienten, der sich im Juni 1902 syphilitisch infizierte. Am 21. Juli brach eine Roseola aus, gleichzeitig wurde im Urin Albumen konstatiert. Der Patient bekam von verschiedenen Ärzten 50 Einspritzungen von Sublimat (0,01), später Injektionen von Hydrargyrum formamidatum. Drei Monate nach dem Auftreten der ersten syphilitischen Erscheinungen stellte sich unter ziemlich erheblichen Allgemeinsymptomen (Fieber, schlechtem Schlaf, Kopfschmerzen) ein Rezidiv in Gestalt eines makulösen, später papulo-ulcerösen Exanthems und einer luetischen Angina ein. Gleichzeitig hatte sich das Bild einer deutlichen, vorwiegend

Digitized by Google

parenchymatösen Nephritis mit stark verminderter Harnmenge bei verhältnismäfsig hohem spezifischen Gewichte entwickelt. Der Urin enthielt zwar nur $^{1}/_{2}$ ‰ Eiweifs, dagegen sehr reichlich granulierte und hyaline Cylinder, Cylindroide, rote Blutkörperchen.

Unter Bettruhe, flüssiger Diät und Darreichung eines Alkalis nahm der Eiweifsgehalt und die Cylindrurie etwas ab, die Urinmenge blieb jedoch noch auffallend unter der Norm. Erst nach Einleitung einer Inunktionskur ging das Exanthem langsam zurück; nach 20 Einreibungen war Albumen im Urin nicht mehr nachzuweisen, die Urinmenge war auf 1000 ccm gestiegen, der Urin klar geworden.

Bei der Entlassung des Patienten, 33 Tage nach Beginn der Schmierkur, waren alle Hauterscheinungen und auch die Nierenaffektion bis auf vereinzelte hyaline Cylinder im Urin verschwunden. Für die syphilitische Natur der Nephritis spricht besonders der Umstand, dafs die ziemlich energische Hg-Behandlung ein schnelles Ansteigen der Harnmenge und einen prompten Rückgang des Eiweifsgehaltes bewirkte, während sonst Hg-Darreichung einen schädigenden Einflufs auf kranke Nieren auszuüben pflegt. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

Band 16. Dezember 1904.

I. **Lepra in Jamaika**, von E. G. Little-London. Die die Lepra auf Jamaika betreffende Gesetzesakte datieren aus dem Jahre 1877. Wird ein Lepröser auf öffentlichen Plätzen angetroffen, so droht ihm Gefahr, durch Polizeibeamte verhaftet und nach Erledigung gewisser Formalitäten schliefslich in einem Lepraasyl interniert zu werden. Dieses liegt etwa eine halbe Meile aufserhalb von Spanishtown, der ehemaligen Hauptstadt von Jamaika, und enthält Raum für 127—130 Patienten. Es ist von anderen Wohnungen völlig isoliert und besteht aus sechs gesonderten, hölzernen, sehr gut ventilierten Pavillons, in deren Umgebung sich Gemüsegärten und Spielplätze befinden. Die Patienten werden, so weit es ihr Zustand gestattet, zu regelmäfsigen, leichten Arbeiten angehalten.

Im September 1904 befanden sich im Asyl 66 weibliche und 56 männliche Lepröse. Von diesen litten 47 weibliche und 24 männliche Personen an der anästhetischen, 19 weibliche und 31 männliche an knotiger Form der Lepra. Jährlich werden etwa 12—16 Patienten neu aufgenommen, während durchschnittlich pro Jahr 10—13 % durch den Tod abg.hen. Die Ursache des Todes bilden fast immer interkurrente Krankheiten, wie Nephritis und Diarrhoe, Tuberkulose, welche letztere auch sonst auf Jamaika unter der ärmlichen, farbigen Bevölkerung stark verbreitet ist. Die Personalien wie die Krankengeschichten der Patienten werden genau registriert. Man unterscheidet zwei Haupttypen der Lepra: den Typus A., das ist die Lepra anaesthetica, und den Typus B., die Lepra tuberosa. Nach der Ansicht des dortigen, sehr tüchtigen Arztes Dr. Neish ist der anästhetische Typus eine spezifische, periphere Neuritis, welche in diesem Stadium keine Ansteckungsgefahr für die Umgebung hat und deshalb nicht notwendig die Internierung ihrer Träger bedingt.

Die frühesten Symptome dieser Form, an welcher vorwiegend weibliche Personen leiden, sind Krämpfe und Schmerzen in den oberen Extremitäten. Sehr frühzeitig schon läfst sich eine Verdickung des Medianus und der Ulnarnerven nachweisen. Zuweilen sind Hautpigmentationen die ersten wahrnehmbaren Anzeichen der Krankheit. Bei der schwarzen Rasse sind es charakteristische, wohl umschriebene Depigmentationen der Haut, deren Sensibilität vermindert oder gänzlich verloren gegangen ist. Es kommt vor, dafs solche Stellen ihr Pigment und ihre Sensibilität

Digitized by Google

wiedererlangen, während andere Partien in derselben Weise von der Krankheit befallen werden. Es ist ungewöhnlich, bei der reinen, einfachen Lepra anaesthetica Knotenbildungen anzutreffen. Dagegen kommt es nicht so sehr selten vor, dafs bei der ursprünglich tuberösen Form, wahrscheinlich infolge von Verletzungen, Verbrennungen, sich anästhetische Stellen bilden, die schliefslich ganz und gar den Typus der Lepra anaesthetica vortäuschen. Gerade im Verlaufe solcher Fälle entwickelt sich diejenige Form, welche als Lepra mutilans bekannt ist.

Im allgemeinen ist die Lepra tuberosa mit ungleich gröfseren Beschwerden für die Patienten verknüpft als die Lepra anaesthetica.

Der Verfasser schildert eingehend das Bild der ersteren und teilt dann einige Krankengeschichten mit.

Die Therapie besteht bei einem so eminent chronischen Verlaufe, den die Lepra meistens nimmt, hauptsächlich in hygienischen Mafsnahmen. Dr. Neish persönlich bevorzugt aufserdem noch die subcutanen Injektionen löslicher Quecksilbersalze. Er hat die Wahrnehmung gemacht, dafs alle Fälle, insbesondere diejenigen der Lepra anaesthetica, durch sie gebessert wurden.

II. **Die Behandlung des „Portwein"-Naevus mit Radiumbromid,** von Hartigan-London. Eine 26jährige Frau hatte seit der Geburt einen die linke Wange und die linke Seite der Nase bedeckenden, sehr entstellenden sogenannten Portwein-Naevus, den Verfasser mit Radiumbromid behandelte. Die einzelnen Sitzungen dauerten etwa $^1/_2$—1 Stunde. Gewöhnlich innerhalb von 24 Stunden nach der Applikation trat ein Erythem auf, welches von leichter stechender Empfindung begleitet und von einer Bläscheneruption gefolgt war. Die Bläschen trockneten zu einer Kruste ein, welche in 8—10 Tagen abfiel und eine dünne, weifse Haut zurückliefs. Diese wurde dann mit etwas Borsalbe bestrichen, später jedoch mit Collodium bepinselt, weil letzteres eine gewisse Kompression ausübte und den beabsichtigten Effekt zu beschleunigen schien.

Die Behandlung erstreckte sich bei wöchentlich einer Sitzung über neun Monate. Der Naevus ist mit Ausnahme weniger noch nicht behandelter Stellen ganz verschwunden und das Resultat als aufserordentlich ermutigend für weitere Versuche anzusehen. *C. Berliner-Aachen.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band 22. November 1904.

I. **Über gewisse postvaccinale Ausschläge,** von W. Th. Corlett-Cleveland. Der Verfasser beschreibt elf Fälle und zieht aus denselben folgendes Resümee: Die postvaccinalen Ausschläge kann man in vier Klassen einteilen: 1. diejenigen Ausschläge, welche unmittelbar mit der Impfläsion vergesellschaftet sind oder bald nach deren Zurückgehen auftreten. Diese Gruppe enthält a) tiefsitzende Ulcerationen an der Impfstelle; b) feuchte Unterminierung der Epidermis in der Peripherie der austrocknenden Vaccinepustel und c) das Granuloma. 2. Die zweite Klasse enthält die bullösen Eruptionen. 3. Die dritte Klasse umfafst die schuppenden Ausschläge, welche gewöhnlich einige Wochen nach der Vaccination auftreten und sich an der Impfstelle oder entfernt von derselben entwickeln können. 4. Die vierte Klasse umfafst diejenigen Fälle, bei denen sich im Anschlufs an die Impfung ein Scrophuloderma, ein Lupus entwickelt. Die Ätiologie dieser postvaccinalen Ausschläge ist zweifelhaft; wahrscheinlich hängen sie ab a) von unreinem Vaccinevirus; b) von Unsauberkeit zur Zeit der Vaccination oder bevor eine vollständige Resorption stattgefunden hat; c) die lokale Störung kann auch durch den Impfprozefs selbst bei einem wenig widerstandsfähigen oder für Hautkrankheiten prädisponierten Individuum verursacht werden.

Digitized by Google

II. **Über das Erysipeloid,** von T. C. Gilchrist-Baltimore. Die Affektion ist in Baltimore während der Sommermonate zur Krabbenzeit ziemlich verbreitet. In Europa haben sie einige Autoren unter verschiedenen Bezeichnungen, wie Erythema serpens, Erythema migrans, Erysipelas chronicum usw., beschrieben, aber keiner erwähnt als Ursache Verletzungen durch Krabben. Verfasser berichtet über 329 Fälle von Erysipeloid, welche er seit seiner ersten im Jahre 1896 über diesen Gegenstand publizierten Arbeit beobachtet hat. Unter ihnen waren 323 durch Krabbenbisse oder sonstige durch Krabben verursachte Verletzungen entstanden. Die Beobachtungen, die Verfasser hierbei gemacht hat, sind folgende:

1. Das Inkubationsstadium dauert in der Mehrzahl der Fälle von der Inokulation an zwei Tage, vereinzelt nur wenige Stunden, selten länger als drei Tage.

2. Die Krankheit läuft unter richtiger Behandlung etwa in einer Woche ab.

3. Was die Verteilung betrifft, so werden in fast allen Fällen die Finger oder Hände zuerst befallen, meistens erkrankt, sobald sofortige Behandlung eingeleitet wird, nur der Daumen oder ein einzelner der anderen Finger. Die Beschreibung eines typischen Falles illustriert den gewöhnlichen Verlauf der Krankheit. So wurde bei dem Patienten der Zeigefinger nahe der Kuppe gebissen. Zwei Tage nach der Verletzung wurde das Ende des Fingers rot, geschwollen, heifs und schmerzhaft. Der untere Rand der erkrankten Partie zeigte eine deutliche, schwach erhabene Demarkationslinie. Die Affektion dehnte sich langsam zur Fingerbasis aus, steckte die proximale Seite des benachbarten Fingers an und kroch hier den umgekehrten Weg von der Basis zur Spitze hinauf. Auf diese Weise können unter Umständen alle Finger befallen werden. Charakteristisch bei dieser Krankheit ist, dafs es niemals zur Eiterung kommt, noch entwickeln sich irgendwo Papeln, Bläschen oder Pusteln, wenn nicht die primäre Läsion zufälligerweise mit Eiterkokken infiziert werden. Es erfolgt auch keine Desquamation, die Oberfläche bleibt glatt.

Nur sehr selten dehnt sich die Affektion auf den Vorderarm aus.

Diese Form des Erysipeloids ist niemals von konstitutionellen Symptomen begleitet. Die Temperatur bleibt normal, die Verdauung geregelt und die Zunge rein. Nur in fünf Fällen hat Verfasser Drüsenschwellung beobachtet.

Histologisch zeigen die Schnitte die Anwesenheit einer akuten Entzündung des ganzen Coriums und in geringem Mafse des subkutanen Gewebes. Die Schweifsdrüsengänge waren besonders stark von entzündlichem Material umgeben. Die Epidermis war verdickt, von zahlreichen polynukleären Leukocyten durchsetzt. Die klinisch sichtbare Demarkationslinie konnte histologisch nicht genau bestimmt werden.

Mikroorganismen fanden sich in keinem der Schnitte. Ebenso ergab die bakteriologische Untersuchung nach dieser Richtung ein negatives Resultat.

Inokulationsversuche, an einem gesunden Menschen vorgenommen, waren resultatlos.

Man wird als Ursache der Krankheit, da Mikroorganismen nicht gefunden wurden, ein spezifisches Ferment annehmen müssen, welches durch die Krabben in die Haut eingeimpft wird.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und die Therapie. Letztere besteht hauptsächlich in antiseptischen Verbänden. Im allgemeinen neigt die Krankheit dazu, spontan abzuheilen.

Einige Krankengeschichten dienen zur Illustration des Gesagten.

III. **Granuloma pyogenicum (Botryomycosis Poncet und Dor),** von M. B. Hartzell-Pennsylvania. Im Jahre 1897 beschrieben Poncet und Dor eine Art von Neoplasmata, welche erbsen- bis haselnufsgrofs sind, aus fungösen Massen bestehen und den darunterliegenden Teilen mittels eines dünnen Stiels anhaften.

Digitized by Google

Histologisch handelt es sich um entzündliches, sehr gefäfsreiches Bindegewebe, welches hier und da gelbliche, körnige Massen enthält. Man findet in ihnen einen Mikroorganismus, der, eingeimpft, wieder ähnliche Gewächse hervorruft. Der Mikroorganismus sah dem im Jahre 1870 von Bollinger in entzündlichen Tumoren des Skrotums und Samenstranges des Pferdes gefundenen Pilze, dem Botryomyces, sehr ähnlich, weshalb Poncet und Dor die Affektion als menschliche Botryomycosis ansahen.

Verfasser hatte Gelegenheit, innerhalb von 18 Monaten vier Fälle zu beobachten und klinisch und histologisch eingehend zu studieren. Auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse nimmt er an, dafs es sich um ein Granuloma handelt, in welchem man als wahrscheinliche Erreger den gewöhnlichen Staphylococcus pyogenes aureus findet. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 21.

1. **Die Streptothrikose der Harnwege — Experimentelle Untersuchungen**, von C. Bruni - Neapel. Streptothrixinfektionen beim Menschen, deren Diagnose, wie Br. einleitend schildert, sehr grofse Schwierigkeiten bietet, sind schon an den verschiedensten Organen, aber anscheinend noch niemals am Harnapparat, beobachtet worden. Br. unternahm es daher zunächst, durch Anlegung von Kulturen festzustellen, ob der Streptothrix im menschlichen Urin gezüchtet werden kann. Es zeigte sich, dafs der normale menschliche Harn, und insbesondere sterilisierter blut-, eiweifs- und zuckerhaltiger Harn, ein sehr guter Nährboden für den Streptothrix ist; pathogene Fähigkeiten jedoch besitzen, wie mehrfache Impfversuche an Tieren bewiesen, die im menschlichen Harn gezüchteten Pilze nicht.

Um zu sehen, ob und welche Veränderungen durch Streptothrixinfektionen an den Harnorganen von Tieren hervorgerufen werden, hat Br. Kaninchen, Hunden, einem Ziegenbock und zwei Ziegen virulente Reinkulturen in die Harnblase und in die Nieren eingespritzt. Die Hunde, in deren Harn der Pilz sehr gut wuchs, erwiesen sich im allgemeinen als immun gegen jede Infektion. Nur bei einem Hunde, dem nach Unterbindung des Ureters fünf Tropfen einer Reinkultur in das Nierenparenchym injiziert worden waren, entstand eine Pyelonephritis, welcher das Tier unter starker Abmagerung nach 15 Tagen erlag; der Eiter enthielt Streptothrixpilze. Bei den übrigen Versuchstieren bewirkten Injektionen von Reinkulturen in die unveränderte Harnblase keine Krankheitserscheinungen. Wurde dagegen die Blase vor der Injektion durch einen Metallkatheter verletzt oder durch Einspritzung einer 5%igen Ammoniaklösung stark gereizt, oder wurde durch mehrstündige Unterbindung des Penis vor oder nach der Injektion Harnretention erzeugt, so entstand regelmäfsig eine akute Cystitis. Die Tiere wurden zum Teil nach verschieden langer Zeit getötet, zum Teil gingen sie unter den Erscheinungen schwerer Kachexie zugrunde. Bei der Sektion fanden sich verschiedene Grade von Veränderungen. In den Fällen, die bald nach der Infektion zur Autopsie kamen, war die Blasenschleimhaut kongestioniert, von kleinen Hämorrhagien durchsetzt, von leukocyten- und streptothrixhaltigem Exsudat bedeckt und stellenweise ulceriert. In späteren Stadien war die Blasenwand infolge von Atrophie des Bindegewebes und teilweise auch der Muscularis stark verdünnt, das Epithel stellenweise verschwunden, die Gefäfse mit Blut überfüllt, das Endothel der Arterien angeschwollen. Bei den am weitesten vorgeschrittenen Fällen war das Epithel fast vollständig zu Verlust gegangen, die noch vorhandenen Epithelreste von dem darunterliegenden Bindegewebe abgehoben, dieses

Digitized by Google

selbst ödematös, undurchsichtig, von homogenem Aussehen und an zahlreichen Stellen, namentlich in der Umgebung der Venen, kleinzellig infiltriert. Aufserdem fanden sich mehrfach innerhalb der Gewebe starke Anhäufungen von Leukocyten; Kapillaren und Venen waren dilatiert und mit Blut gefüllt. Die Muskelschicht war in denjenigen Fällen, in denen die Entzündung einen sehr rapiden Verlauf genommen hatte, kaum verändert. Die Ureteren wiesen, manchmal in ihrer ganzen Länge bis in die oberste Partie, Abschilferung des Epithels und kleinzellige Infiltration der Wände auf. Streptothrixpilze fanden sich nicht nur im Harn, auf der Oberfläche der Schleimhaut und in der Submukosa, sondern auch zwischen den Muskelfasern und im Innern der Blut- und Lymphgefäfse, aufserdem im Lumen und innerhalb der Muscularis der Ureteren.

Injektionen von Streptothrixreinkulturen in das Parenchym einer Niere bewirkten bei dem Kaninchen sowohl wie bei dem Ziegenbock und den beiden Ziegen ziemlich beträchtliche Temperatursteigerungen und starke Abmagerung. Die histologische Untersuchung der Präparate ergab Zerstörung des Nierenparenchyms in der Umgebung der Injektionsstelle und Bildung kleiner Eiterherde. Aufserdem waren einzelne Partien des Nierengewebes stark sklerosiert und zahlreiche Glomeruli in eine hyaline Masse verwandelt, die Kapsel und das perikapsuläre Gewebe hatten ein nahezu fibröses Aussehen, die Bowmannsche Kapsel war stark verdickt. An den übrigen Partien der infizierten Nieren fanden sich die typischen Zeichen der Glomerulo-Nephritis.

2. **Bemerkung über einen Fall von Prostatismus ohne Prostata,** von Moran-Brest. Bei einem 65jährigen Manne, der alle klinischen Symptome einer Prostatahypertrophie im Stadium der Infektion und chronischen inkompletten Harnretention aufwies, liefs die cystoskopische Untersuchung hinter dem Blasenhals einen in das Blasenlumen vorspringenden geröteten Wulst erkennen, der als hypertrophischer mittlerer Prostatalappen gedeutet und als Ursache für die Behinderung der Harnentleerung angesehen wurde. M. machte die Bottinische Operation, die jedoch gänzlich erfolglos blieb. Daraufhin wurde die Blase mittels Sectio alta eröffnet; es zeigte sich, nach oben und vorne gerichtet, dafs der Blasenhals vollständig deformiert, aufserordentlich rigide und infolgedessen stark verengt war, von seiner hinteren Seite senkte sich die Blasenwand ungefähr 3 cm weit senkrecht nach abwärts, so dafs nach hinten und unten vom Blasenhals ein ausgedehnter, tiefer, sackartiger Raum bestand. Rings um den Hals lief ein sehr resistenter, fibröser Strang, durch den die Blasenschleimhaut wulstartig in die Höhe gehoben wurde; dadurch war bei der cystoskopischen Untersuchung ein hypertrophischer mittlerer Prostatalappen vorgetäuscht worden, obwohl nirgends eine durch die Prostata verursachte Prominenz bestand. Die Blasenwand war stark verdickt. M. erweiterte den Blasenhals durch drei mit dem Thermokauter gesetzte Inzisionen, führte einen Verweilkatheter ein und vernähte die Wunde. Der Erfolg war ein vorzüglicher: schon zwölf Tage nach der Operation konnte der Mann spontan und ohne irgendwelche Beschwerden urinieren, die Blase entleerte sich bis auf eine ganz geringe Menge Residualharns. — Harnbeschwerden und Harnverhaltung waren in diesem Falle dadurch verursacht, dafs infolge der Formveränderung und Rigidät des Blasenhalses eine Ausbuchtung der Blase nach hinten unten entstanden war, in welche bei den Blasenkontraktionen Harn hineingeprefst wurde; sie wurde dadurch immer tiefer und gröfser, so dafs sie immer mehr Urin aufnahm, bis schliefslich die spontane Entleerung unmöglich wurde.

3. **Untersuchungstisch für medizinisch-chirurgische, urologische und gynäkologische Zwecke,** von Estrabaut. Kurze Beschreibung, zu deren Verständnis die beigegebenen sieben Abbildungen unerläfslich sind. Der Tisch, der von Quiniou

hergestellt wird, ist namentlich auch für die Untersuchung und Behandlung der Harnorgane bestimmt; es ist deshalb ein verstellbares Becken angebracht, das Spülflüssigkeit usw. aufnimmt, ohne daſs Arzt oder Patient beschmutzt werden.

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte, von E. Lesser-Berlin. Teil I, Hautkrankheiten. 11. Aufl. (F. C. W. Vogel, Leipzig 1904.) Bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1885 wurde dieses Lehrbuch allgemein von den Studenten und wohl auch von vielen Ärzten mit groſser Freude begrüſst, denn es füllte in der Tat eine fühlbare Lücke aus. Seitdem sind mehrere den gleichen Zweck verfolgende Werke erschienen, aber trotzdem hat es wenig oder nichts von seiner Popularität eingebüſst. „Good wine needs no brush", wie der Engländer sagt, d. h. „wo der Wein gut ist, braucht der Wirt kein Aushängeschild aufzustellen", und so dürfte es überflüssig sein, auf eine detaillierte Besprechung einzugehen. Als Hauptvorzüge nur dürfte man vielleicht betonen die übersichtliche Einteilung des Stoffes, die klare, flüssige Schreibweise und das Weglassen von allem Nebensächlichen. Als ganz besondere Bereicherung sind die wundervoll geratenen farbigen Abbildungen nebst einer Vermehrung der Illustrationen in Schwarzdruck speziell zu erwähnen. Somit kann diese letzte, den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend umgearbeitete Auflage allen Interessenten aufs neue bestens empfohlen werden.

Nur noch eine mehr nebensächliche Bemerkung möchte sich Referent gestatten: wäre es nicht möglich, das philologische resp. botanische Monstrum Oleum rusci aus der Nomenklatur verschwinden zu lassen? Der Name ist ja offenbar eine Korrumpierung von Oleum russicum oder moscoviticum, denn der Birkenholzteer wird gröſstenteils in Ruſsland gewonnen, wo er zur Herstellung des Juchtenleders seine besondere Verwendung findet. Ruscus dagegen gehört zu den Liliaceen und hat für die Teerbereitung absolut keine Bedeutung. Die Birke führt nach Linné die Bezeichnung Betula alba, und Oleum betulineum ist in allen oder jedenfalls den meisten pharmakologischen Büchern unter diesem Namen zu finden. Warum drückt man sich denn nicht auch in dieser Beziehung logisch richtig aus? *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Studies of the Pathology and on the Etiology of Variola and of Vaccinia, von W. T. Councilman, G. B. Magrath, W. R. Brinckerhoff, E. E. Tyzzer, E. E. Southard, R. L. Thompson, J. R. Bancroft und G. N. Calkins. (Publication Office of the *Journ. of med. Research*, Boston 1904.) Vor etwa Jahresfrist berichteten (wie seinerzeit in den *Monatsh. f. pr. Derm.* referiert wurde) Councilman, Magrath und Brinckerhoff in einer vorläufigen Mitteilung, daſs sie bei ihren Untersuchungen von Variolakranken und bei Impfungen mit Vaccine Körperchen entdeckt hätten, welche mit den von Guarnieri als Cytoryctes variolae beschriebenen in allen hauptsächlichen Punkten übereinstimmten. Das vorliegende Werk enthält das Ergebnis ihrer und ihrer Mitarbeiter durch etwa zwei Jahre hindurch fortgesetzten Studien über die pathologische Anatomie, die klinischen Erscheinungen, die Infektiosität und die künstliche Übertragung der Variola, sowie über die Ätiologie und pathologische Anatomie der Vaccinia und bietet eine Fülle von interessanten und durch die sorgfältige Ausführung

Digitized by Google

wertvollen Beobachtungen. Als Hauptergebnis der Untersuchungen ist zu konstatieren, daſs die Parasiten, welche nur in den Anfangsstadien der Krankheit, bis etwa zum zehnten Tage, zu finden sind, unter 54 in allen Phasen der Erkrankung eingelieferten Patienten 29 mal gefunden wurden, ein Umstand, der im Verein mit den sonstigen Erhebungen und den Beobachtungen anderer Forscher es zum wenigsten plausibel erscheinen läſst, daſs diese Körperchen, welche von den bei Vaccinia zu konstatierenden nur ganz leichte und unwesentliche Abweichungen darbieten, in der Tat mit der Ätiologie der Pocken in Zusammenhang zu bringen sind. Für praktische Nutzzwecke ist es allerdings bedauerlich, daſs über die Art und Weise der Übertragung auch bei diesen Untersuchungen nichts festgestellt werden konnte. Auch ist es trotz vielfacher Versuche nicht gelungen, Kulturen des Parasiten herzustellen.

Was im übrigen die einzelnen Abschnitte der Kollektivarbeit betrifft, so mag deren Inhalt nur kurz angedeutet werden. Calkins schildert die verschiedenen Entwicklungsstufen des Parasiten, wie derselbe im Zellplasma, im Zellkern und freiliegend vorkommt, und bespricht deren Stellung und Verhältnis zu anderen analogen Organismen. Ein weiterer Teil schildert die Befunde von Cytoryctes bei einer Serie von Impfungen mit Variolavirus an sechs Affen. Tyzzer berichtet ausführlich über Vorkommen der Körperchen bei verschiedenen Impfungen an Kälbern und Kaninchen, die, teils mit Lymphe, teils mit Pockengift ausgeführt, ein sehr gleichmäſsiges Resultat ergaben.

Ferner haben Magrath und Brinckerhoff eine Reihe von Beobachtungen über Impfungen mit Pockengift an zwölf Affen mit zehn positiven Ergebnissen ausgeführt (Macacus und Rhoesus); sie berichten auch über die klinischen Befunde, sowie über den Nachweis der Parasiten. Andere Untersuchungen betrafen die Infektiosität des Blutes bei Variola, für die ein positiver Beweis nicht erbracht werden konnte, die Leukocytose bei Pockenkranken, Befunde am Zentralnervensystem (im allgemeinen negativ), das bakteriolytische Vermögen des Blutes während der Erkrankung an Pocken und eine Reihe von klinischen Beobachtungen.

Für jeden, der sich für diesen Gegenstand interessiert, ist das Werk, das in jeder Beziehung auf der Höhe der Zeit steht und mit vorzüglichen Illustrationen ausgestattet ist, aufs wärmste zu empfehlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einführung in die Dermatologie, von Norman Walker-Edinburg. Mit 49 Farbendrucken und 50 Textillustrationen. Dritte durchgesehene und erweiterte Auflage. (Bristol, John Wright & Co. 1904.) Das Buch, welches sich, nach der raschen Aufeinanderfolge der Auflagen zu urteilen, groſser Beliebtheit zu erfreuen scheint, wurde bereits im Jahre 1902 in *diesen Monatsheften* (Bd. 34, Nr. 10, S. 509) gelegentlich des Erscheinens der zweiten Auflage eingehend besprochen. Es ist diesmal wieder um einige treffliche Abbildungen bereichert und im Texte, wie Verfasser in der Vorrede selbst hervorhebt, hat die Elektrotherapie mehr Raum beansprucht wie früher. Bezüglich der Finsen-Methode bei Lupus vulgaris hat W. nun insofern seine Ansicht geändert, als er sie zwar für sehr gut, aber die Behandlung mit X-Strahlen ihr mindestens ebenbürtig hält; die letzteren könnten eben Stellen erreichen, welche für den Finsen-Apparat unzugänglich sind, und es sei auch die Behandlung weniger anstrengend sowohl für Patienten wie Pfleger. Andererseits gibt es auch Fälle von Lupus, welche besser mit Salicylpflaster, als mit Phototherapie behandelt werden, und es kann nur Schaden bringen, wenn kritiklos eine und dieselbe Methode für alle Fälle angewandt werde. Bei der Behandlung kleiner Herde, und speziell bei Lupus des Gaumens, ist das Radium von groſsem Nutzen, die Expositionszeit beträgt hier 20 Minuten bis eine Stunde und länger; man muſs aber hier ebenso vorsichtig sein wie bei Anwendung der X-Strahlen. In letzteren sieht W. ferner eine

Digitized by Google

Behandlungsart für **Ulcus rodens**, die bei weitem alle anderen Mittel übertrifft und besonders in jenen ausgedehnten Fällen, welche für die Exzision nicht geeignet sind, in Betracht kommt; ebenso hat er Erfolge bei Sarkom, bei Keloid, wo eine lange Reihe von Expositionen nötig ist, bei hartnäckigen Fällen von Acne vulgaris, wo die X-Strahlen vielleicht eines der besten Mittel darstellen, u. a. m. gesehen. Nachdem Einteilung und übriger Inhalt des Buches sich seit der zweiten Auflage nicht verändert haben, sei auf das bezügliche Referat verwiesen.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra, eine heilbare Krankheit, von J. J. Tonkin. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1904.) Die Heilbarkeit der Lepra nimmt Verfasser in demselben Sinne, wie auch die Tuberkulose heilbar ist. Es gibt Patienten, welche unter ungünstigen hygienischen und sozialen Umständen erkranken. Gelangen sie in bessere Verhältnisse, so tritt ein Stillstand in den Krankheitserscheinungen ein. Die Patienten erholen sich und bleiben fernerhin ihr Leben lang frei von Symptomen. In jedem Leprabezirk findet man Leute, welche auf den ersten Blick als leprös anzusehen sind. Sie haben Finger und Zehen verloren, einzelne der Nervenstämme haben dauernd Schaden erlitten, verschiedene Hautbezirke entbehren der Empfindung, und doch wird man darunter Fälle beobachten, die bei genauer Besichtigung völlig normal abgeheilte Gliedstümpfe der Lepra mutilans aufweisen, keine Schmerzen empfinden, keine Anzeichen progressiver Paralyse zeigen, gut sehen, guten Appetit, gute Verdauung haben, nicht über Müdigkeit klagen und sich seit Jahren ihres Lebens freuen, von solchen Patienten mufs man sagen, dafs sie geheilt sind, dafs die Lepra resp. der Leprabacillus bei ihnen nicht mehr aktiv tätig ist.

Ein direktes Heilmittel gegen die Lepra, wie es Quecksilber und Jod gegen die Syphilis sind, gibt es ebensowenig, wie bei der Tuberkulose. Aber sicher ist, dafs unter günstigen Bedingungen spontane Heilung in dem erwähnten Sinne ebensogut bei der Lepra wie bei der Tuberkulose eintreten kann. Diese Bedingungen kennen zu lernen, mufs eine Hauptaufgabe der Lepratherapie sein. *C. Berliner-Aachen.*

Lepra oder Syringomyelie? von Dojmi di Delupis-Lissa. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 23.) Bei einem 54jährigen Patienten hatten sich im Laufe von 32 Jahren Krankheitserscheinungen entwickelt, welche das Bestehen einer Lepra anaesthetica vermuten liefsen. Atrophie in verschiedenen Muskelgruppen der Arme und der Hände, Analgesie des linken Handrückens und der linken Regio suprascapularis, Unempfindlichkeit gegen Temperaturunterschiede auf beiden Seiten des Rumpfes und teilweise im Gebiete aller drei Trigeminusäste, Krallenstellung der linken Finger, das Abfallen mehrerer Stücke aus den Phalangen der linken Hand waren die hauptsächlichsten Symptome. Dazu kam noch, dafs im Nasenschleim Bazillen gefunden wurden, welche bezüglich ihrer Färbbarkeit, Gröfse und Form den Leprabazillen glichen. Mehrere andere Symptome, besonders das Fehlen von Exanthemen, von Verdickung der Nerven, die hemilaterale Ausbreitung der Sensibilitäts-

störungen, das Fehlen der Leprabazillen im Blut und in der Haut sprachen jedoch gegen Lepra und für die Annahme einer Syringomyelie.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Bericht über Lepra in Neu-Süd-Wales im Jahre 1902, von A. Thompson-Sydney. (Mitteilung an die Regierung, ohne Angabe der Quelle.) Aus dem vorliegenden, in diesem Jahre erst gedruckten Bericht ist zu entnehmen, dafs seit 1883 zu Little Bay ein vom Staate errichtetes Lazarett für Leprakranke besteht, und dafs seit 1890 das Anmelden aller beobachteten Erkrankungsfälle und die Unterbringung der Patienten im Krankenhaus durch Gesetz geregelt worden sind. Es sind seit Bestehen des Lazaretts im ganzen 78 Kranke aufgenommen, von denen etwa zwei Drittel Einwanderer, meist Chinesen, waren. Gestorben sind 42 und in die Heimat entlassen sind 26, so dafs am Ende des Jahres 1902 noch 10 Kranke verblieben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Lepra scarlatiniforme persistans mit gleichzeitigen Atrophien in miliaren Herden, von H. Hallopeau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) H. beschreibt das Leiden eines 19jährigen Mädchens aus Indien, welche er zuerst 1901 sah und die schon seit sieben Jahren krank war. Es handelte sich um eine scharlachartige Verfärbung des ganzen Körpers mit eingestreuten unechten Atrophien ohne Drüsenschwellung oder sonstige Erscheinungen bei gutem Allgemeinbefinden, allmählich schwand die Röte und war Dezember 1902 fast verschwunden. Jetzt besteht wieder eine sehr verbreitete Erythrodermie besonders im Gesicht und auch zerstreut auf dem ganzen Körper, die Hände zeigen grofse Hautfalten, dabei sieht man zahlreiche miliare Atrophien. Die Sensibilität ist gestört bei der Untersuchung mittels Zirkels. Es liegt eine eigentümliche Art von Lepra vor, bei der der langen fast unveränderten Dauer nach die Prognose günstig zu sein scheint. Therapeutisch werden Injektionen von Chaulmoograöl angewandt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

b. *Tuberkulose.*

Über multiple, in Knotenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut, von Alfred Kraus-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 28.) Wie mannigfaltig die Formen der Hauttuberkulose sind, beweist der hier mitgeteilte Fall, welcher sich unter keine der bisher bekannten Arten der tuberkulösen Erkrankung der Haut rubrizieren läfst, und welcher sich an die ähnlichen Beobachtungen von Wermann (*Derm. Zeitschr.* 1893/94. Bd. I) und Doutrelepont (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. S. 1033) anschliefst. Ein 12jähriges Mädchen mit phthisischem Habitus hatte aufser Nasenlupus und typischen Skrophulodermen eine Reihe von erbsen- bis haselnufsgrofsen, derben, von normaler Haut bedeckten, weder spontan noch auf Druck empfindlichen Knotenbildungen an verschiedenen Stellen des Körpers. Eine Probeinjektion von altem Kochschen Tuberkulin ergab eine starke allgemeine und auch lokale Reaktion an den betreffenden Hautstellen. Die mikroskopische Untersuchung zweier exzidierter Knoten ergab das deutliche Bild der Tuberkulose. Die Veränderungen erstreckten sich auf das Unterhautzellgewebe und die unteren Schichten des Coriums. Es fanden sich miliare Tuberkel mit zahlreichen Riesenzellen und vereinzelten Bazillen und eine mehr oder weniger weitgehende Nekrose im Zentrum des Infiltrats. Die an Meerschweinchen mit dem Material vorgenommene Impfung war positiv. Die Knoten haben wohl am meisten Ähnlichkeit mit Skrophulodermen, unterscheiden sich aber von diesen durch ihren Verlauf und besonders dadurch, dafs sie niemals zur Erweichung gekommen sind. Es handelte sich in diesem Falle also um eine multiple, in Knotenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Digitized by Google

Ein auf embolischem Wege entstandener Fall von Lupus vulgaris, von von L. Török. (*Orvosi-Hetilap.* 1904. Nr. 17.) Das zweijährige Kind gehört zu jenen seltenen Fällen, bei denen der Nachweis der Lupusentwicklung auf embolischem Wege sicher nachweisbar war. Solche Fälle sind nur in geringer Anzahl beschrieben, nach der letzten Zusammenstellung von Tobler gibt es deren im ganzen 14 Fälle. Verfasser hatte bereits vor Jahren Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten, sowohl in jenem als auch bei diesem Fall traten die Lupusveränderungen nach Masern auf und auch alle in der Literatur beschriebenen Fälle wurden nach Masern oder Röteln beobachtet. Dieses zweijährige Kind hatte im sechsten Lebensmonate Masern durchgemacht, und kurze Zeit darauf, im Verlaufe von vier Monaten, entwickelten sich 157 lupöse Knoten, und zwar so lokalisiert, dafs dies auch für die embolische Entstehung spricht, nämlich auf den Extremitäten und im Gesicht entsprechend den regelmäfsigen Stellen der Hautembolien. Neben den lupösen Veränderungen der Haut besteht noch ein fungöser Prozefs im linken Kniegelenk. Ähnliche Fälle, wo in verhältnismäfsig kurzer Zeit die tuberkulösen Veränderungen in so grofser Anzahl auftraten, können nicht anders als infolge Embolisation der Hautgefäfse entstehen. Dieses kann ebenso für solche Fälle angenommen werden, bei denen wohl weniger lupöse Veränderungen zu konstatieren sind, aber nur dann, wenn sie auf der Körperoberfläche zerstreut sind und sich in kurzer Zeit entwickelten, und wenn unter ihnen keine anderen tuberkulösen Veränderungen, z. B. in den Knochen oder Lymphdrüsen, nachweisbar sind. In chronischen Fällen, wo die Hautveränderungen hintereinander nach langer Zeit sich bilden, und bei denen nebstdem auch noch Tuberkulose der unter der Haut befindlichen Organe vorhanden ist, kann diese Folgerung nicht gemacht werden, weil in solchen Fällen die Multiplizität der Hautveränderungen dadurch entstehen kann, dafs die Tuberkulose von den tuberkulösen Drüsen und Knochen auf dem Wege der Lymphgefäfse in die gesunde Haut transplantiert worden ist.

A. Alpár-Alexandria.

Über die Pathogenese und Therapie des Lupus mit Krankendemonstrationen hielt S. Róna einen Vortrag in der k. ung. Ärztegesellschaft (Sitzung vom 16. April 1904.) Die Pathogenese des Lupus vulgaris, seitdem dessen tuberkulöse Natur bekannt ist, wurde in verschiedener Weise beurteilt. Während Kaposi die Mehrzahl der Fälle, ebenso auch Baumgarten, auf hämatogene Ursache zurückführten, glauben viele andere Autoren in der grofsen Anzahl der Fälle die Ursache der äufseren Infektion annehmen zu können; in neuerer Zeit nehmen auch gegen diese Annahme Autoren (Philippson) Stellung. Aus diesem ist ersichtlich, wie viele gegenseitige Auffassungen in der Pathogenese eines so gewöhnlichen und häufigen Leidens, wie des Lupus, herrschen; darum fühlte sich Verfasser gedrungen, neuere Untersuchungen anzustellen. Dazu benutzte Verfasser die seit sechs Jahren auf seiner Abteilung gewesenen 226 und noch jetzt sich befindlichen 30 Krankengeschichten; seine Schlufsfolgerungen sind nun folgende: 1. In der grofsen Anzahl der Fälle ist selbst mit emsigster Untersuchung die Pathogenese des ersten Lupusknotens bei den sich im Hospital meldenden Lupuskranken nicht zu ermitteln. 2. In einer gewissen und zwar nicht geringen Anzahl der Fälle ist die Entstehung des ersten Knotens des Lupus durch von allen Autoren akzeptierten Schichtentransport beruhend sicherlich nachzuweisen, aber erneute Untersuchungen sind anzustellen, um nachweisen zu können, von wo wieder die nicht unter der Haut befindlichen tuberkulösen Knoten infiziert wurden. 3. In einer gewissen Anzahl der Fälle, und zwar in einer viel gröfseren als es von den neueren Autoren konzediert wird, mufs eine hämatogene Ursache für den Lupus angenommen werden, und zwar nach Verfasser auch in vielen solchen Fällen, in denen das Auftreten des Lupus nicht plötzlich infolge einer akuten Erkrankung ent-

Digitized by Google

standen ist, sondern sukzessive, chronisch, sogar auch in solchen Fällen, wo nur ein Knoten erscheint. Dieser Punkt erfordert daher eine besondere und neuere Bearbeitung. 4. In einer grofsen Anzahl der Fälle mufs eine exogene primäre Inokulation angenommen werden, obwohl sich Verfasser nicht verwehren kann, zu bemerken, dafs diese Infektionsart in einer viel gröfseren Anzahl der Fälle angenommen wird, als es auch richtig begründet werden kann. Dieses steht hauptsächlich für den sog primären Lupus der Nasenschleimhaut. 5. Die Untersuchungen in der Zukunft müssen parallel einhergehen mit dem Studium der allgemeinen Tuberkulose-Infektionsfrage. Augenscheinlich zwar nicht, aber bei emsigerer Nachforschung stellt es sich heraus, in welchem engeren Zusammenhange die vollkommene Lösung der Frage der Lupuspathogenese steht mit der Lösung der Fragen, und zwar a) in welchem Verhältnis die Tuberkulose der Tiere zur menschlichen steht, b) ob die Inhalations- oder die alimentäre Infektion die häufigere ist, c) ob beide Arten sehr häufig sind, und ob die primäre Infektion der Tonsillen, der Mund- und Rachenhöhle oder der Respirationsorgane eine häufigere ist oder des Eingeweidetraktus, und welche Rolle in Wirklichkeit die von Philippson angenommene Tuberkulose der cervikalen, bronchialen oder mesenterialen Drüsen spielt.

Die dunkle Unbestimmtheit in der Lehre der Lupuspathogenese fordert die gröfste Reserve heraus in der Beurteilung der Lupustherapie. Unter „radikaler Heilung“ will Verfasser nur eine radikale, also in loco einen möglichst Rezidive ausschliefsenden, die lupösen Hautläsionen herbeiführenden Eingriff verstehen. Die Heilung des Lupuskranken ist nur in den Inokolationsfällen zu erwarten, aber die Ausmusterung solcher Fälle wird nur selten gelingen. Vom kosmetischen Standpunkte genommen, gibt wohl die Finsensche Lichttherapie die schönsten Resultate. Aber die Finsensche Methode ist für viele Fälle nicht geeignet. und dieselbe ist auch für viele Fälle nicht notwendig. Verfasser schlägt für jeden Anfangsfall, wenn nur möglich, die Exstirpation vor; dieselbe Methode wäre, mit Ausnahme des Gesichtes, überall dort vorzunehmen, wo sie durchführbar ist. Diese Methode ist die raschest zum Ziel führende und die billigste, sichert nach der Finsenschen Methode die schönsten kosmetischen Resultate. Bei Schleimhautlupus wendet er in erster Linie Auskratzen und unmittelbar darauf folgende Paquelinisierung an. Im Gesicht in jedem einzeln dazu geeigneten Falle soll erst die Finsensche Methode angewandt werden, und wo diese nicht zur Verfügung steht, ebenfalls die Exstirpation. *A. Alpár-Alexandria.*

Die „Heilstätte für Lupuskranke“ in Wien, von E. Lang-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Mitte Oktober 1904 soll in Wien eine Heilstätte für Lupuskranke eröffnet werden, in welcher alle wissenschaftlichen Heilmethoden der Jetztzeit zugunsten jener Unglücklichen ausgeübt werden. Milde Stiftungen haben die Einrichtung einer Lupusheilstätte im grofsen, wie sie von L. angeregt worden ist, möglich gemacht. Ein Kuratorium der Stiftung sorgt für die Heilstätte. Unabhängig von diesem arbeitet ein „Verein Lupusheilstätte“. Dieser gewährt den wie aussätzig Gemiedenen Unterkunft, und die Behandlung ist umsonst oder gegen ein geringes Entgelt. Schliefslich soll dieses Institut auch „Ärzten und Lernbegierigen“ die neuesten Errungenschaften auf diesem Gebiete vor Augen führen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Uranium bei der Lupusbehandlung, eine vorläufige Mitteilung, von Norman Walker. (*Scottish Journ.* Sept. 1904.) W. präparierte aus einem der leicht erhältlichen Uraniumsalze (wie dem Nitrat) ein U-Oxyd und aus diesem mittels einer negativen Basis (Rosin oder Bienenwachs) und einer Pflasterlage ein Uraniumpflaster. Ausgehend von den photographischen Erfahrungen, schlofs er, wenn die mittlere Expositionszeit für Röntgenstrahlen fünf Minuten und für Radium eine Stunde sei, so

Digitized by Google

könnte man ohne Gefahr das Uraniumpflaster noch viel längere Zeit hindurch anwenden. Zuerst liefs er es (an Lupusherden des Armes) nur 24 Stunden, später drei Tage und Nächte hindurch ohne besondere Reaktion liegen; die betreffenden Lupusherde zeigten aber zunehmende Besserung. Am Gesicht, welches zunächst behandelt wurde, war eine geringe Reaktion wahrzunehmen, wenn das Pflaster länger als 24 Stunden auflag. W. läfst es nun bei Tag weg und nur nachts liegen; auch durch dessen Einschlufs in Wachspapier wurde insofern eine Verbesserung erzielt, als es nun Monate angewendet werden kann, ohne seine Wirksamkeit zu verlieren. Neben den bis jetzt sehr ermutigenden Erfolgen (an welchen und wieviel Fällen, wird uns nicht verraten. Ref.) rühmt W. noch besonders die Billigkeit dieser Methode, das Pflaster käme auf etwa 1 Sh. zu stehen und sei noch nach viermonatlichem Gebrauch wirksam. Genauere Mitteilungen behält er sich auf eine spätere Publikation vor.

Stern-München.

c. *Syphilis.*

Über Syphilis im Altertum, speziell in China und Japan, von Tokujiro Suzuki. (Inaug.-Diss. Rostock 1903.) Es läfst sich nach den Forschungen des Verfassers aus den Schriften des Altertums bis zum Jahre 1493 kein Anhaltspunkt dafür gewinnen, dafs die Syphilis vor dieser Zeit in der alten Welt vorhanden gewesen ist. Ebensowenig lassen sich die Funde prähistorischer, krankhaft veränderter Knochen für diese Frage irgendwie verwerten. Es stützt daher dieser negative Befund die durchaus gut und glaublich durch Augenzeugen berichtete Tatsache, dafs die Syphilis 1493 von den Leuten des Kolumbus eingeschleppt und von Spanien und Portugal aus, besonders durch den italienischen Feldzug, verbreitet wurde.

Bei genauer Betrachtung des heutzutage als Syphilis angesehenen charakteristischen Krankheitsbildes und einer Vergleichung mit den in der Literatur des Altertums geschilderten Affektionen erweist sich die Auffassung von der Syphilis im Altertum als unhaltbar. *Fritz Loeb-München.*

Fortschritte in der Syphilislehre in den letzten 25 Jahren, von E. Finger-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 19.) Auf den Lehrstuhl Neumanns berufen, nimmt Finger die Gelegenheit der Antrittsvorlesung wahr, um die geschichtliche Übersicht der Anschauungen und Fortschritte in der Syphilislehre zu entwickeln und damit zurückzuschauen auf die Zeit, die er selbst als Spezialist seines Gebietes durchlebt hat. Vor 25 Jahren, als noch das Spezialfach der Geschlechtskrankheiten als ein Fach zweiter Ordnung angesehen wurde, da brach ein heftiger Streit um die Unität oder Dualität des syphilitischen Virus los. Damals galt auch noch die humorale Auffassung, derzufolge der ganze Organismus des Kranken von Syphilisvirus durchtränkt, jeder Körperteil, jedes Organ, jede Zelle syphilitisch sein sollten. Damals noch herrschte auch der Satz: „der syphilitische Initialaffekt sei der lokale Ausdruck der syphilitischen Allgemeinerkrankung“, jetzt aber gilt allgemein die Auffassung Neumanns, dafs das Virus in sukzessiven Schüben zunächst in die nächsten, dann zentripetal in die weiteren Lymphdrüsen gelangt, diese krank macht, endlich aber in die Blutmasse kommt. Erfolgt so die Aufnahme des Virus durch die Lymphgefäfse, so scheint die Vertreibung des Virus im Körper nach neueren Untersuchungen fast ausschliefslich durch die Zirkulation zu geschehen.

Dafs die sog. sekundäre Periode Ricords nicht eine Periode reiner Haut- und Schleimhauterkrankung sei, wie Ricord dies annahm, sondern dafs in dieser Phase alle Organe erkranken können und erkranken, war wohl schon früher zugegeben, aber erst die letzten zwei Jahrzehnte haben an der Hand eines kasuistischen Materials die Häufigkeit dieses Vorkommnisses erwiesen. Auch die visceralen Erkrankungen, z. B.

Digitized by Google

die frühzeitig auftretende Glomerulonephritis, der Ikterus sind in den letzten Jahrzehnten erst erkannt worden.

Insbesondere ist aber die Kenntnis von dem frühzeitigen Auftreten der Erkrankungen des nervösen Zentralorgans eine Errungenschaft der letzten Jahrzehnte. Dazu gehören die frühzeitigen syphilitischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks (FOURNIER), die akute Neuritis optica zur Zeit der Eruption des ersten Exanthems (SCHMIDT-RIMPLER, KNIES, GROSSGLICK, WEISSBERG).

Ferner die Fortschritte der histologischen Untersuchungen, die Beziehung zwischen Syphilis und Aortenaneurysma und schliefslich der Streit um die Geltungsgebiete der syphilitischen, parasyphilitischen und syphilitisch-toxischen Erkrankungen. Gerade auch die Tabes und die Paralyse haben die verschiedensten Probleme wachgerufen.

Auf dem Gebiete der Therapie sind nach FINGER in den letzten Jahrzehnten keine nennenswerten Errungenschaften erzielt worden. Nur die Verallgemeinerung der Methode der subcutanen und intramuskulären Injektionen und die chronisch intermittierende Behandlung der Syphilis, insofern sich dieselbe zur Aufgabe macht, die Syphiliserscheinungen nicht rein symptomatisch zu behandeln, sondern bei steter Individualisierung den Krankheitsprozefs selbst zu bekämpfen, sind als Fortschritte hervorzuheben. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Zur Frage des Syphilisbacillus von LILLE und JULLIEN, von Z. SOWINSKI. (*Przeglad lekarski.* 1904. Nr. 24.) LILLE und JULLIEN haben im Jahre 1901 über Bazillen berichtet, die sie im Plasma der Syphilitiker gefunden haben, das den durch Anwendung von Kantharidenpflaster auf die Haut hervorgerufenen Blasen entnommen wurde. Verfasser hat nun das Vesicans selbst einer bakteriologischen Prüfung unterzogen, und nach Verimpfung desselben auf Glycerinagar konnte er schon nach 24 Stunden in der Kultur Bazillen finden, deren genauere Untersuchung ergab, dafs sie mit den „neuen Syphilisbazillen" von LILLE und JULLIEN identisch sind.

Es wäre interessant, zu eruieren, ob diese Bazillen nur eine zufällige Verunreinigung des Vesicans bilden oder bereits im Darme der Kanthariden hausen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Beziehungen zwischen Rhodanausscheidung im Speichel und der Syphilisinfektion, von FRITZ METZNER. (Inaug.-Diss. Leipzig 1903.) Die Rhodanausscheidung im Speichel erfährt durch die Syphilisinfektion keine Beeinflussung.

Fritz Loeb-München.

Über die therapeutische Bedeutung der Exzision des syphilitischen Primäraffektes, von KAZUMA KAKU. (Inaug.-Diss. Rostock 1903.) Verfasser spricht sich gegen die Exzision als Präventivmafsregel aus, hält sie aber als lokale Behandlung unter gewissen Bedingungen für zweckmäfsig. *Fritz Loeb-München.*

Superinfektion und Primäraffekt, von L. DETRE-DEUTSCH-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 27.) D. zeigt in der erwähnten Arbeit experimentell, dafs tuberkulöse Tiere superinfiziert werden können, dafs aber diese Superinfektion mit Veränderungen an der Infektionsstelle einsetzt, die von dem typischen Primäraffekte völlig verschieden sind. Daraus schliefst er für die Syphilisinfektion folgendes: Ein Virus kann von der Norm abweichende Initialsymptome in solchen Tieren auslösen, die durch dasselbe Virus bereits infiziert waren. Das Vorhandensein oder Fehlen des Primäraffektes kann kein sicheres Kriterium der erfolgten Infektion abgeben. Nicht blofs die Immunität, sondern auch der durch eine früher erfolgte Infektion krankhaft veränderte Biochemismus des Organismus kann es verursachen, dafs der primäre Symptomenkomplex ein von der Norm abweichendes Verhalten aufweist. Bei vollständigem Fehlen des typischen Primäraffektes kann der kranke tierische Organismus dennoch eine Superinfektion akquiriert haben. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Die Syphilis der Mütter und der Neugeborenen, von Fr. Mraček-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 18.) In einer äufserst interessanten Abhandlung, die zugleich „ein Beitrag zur Lehre der hereditären Syphilis“ sein soll, spricht M. zuerst über das Alter der mütterlichen Syphilis: die Virulenz ist im allgemeinen an das Alter der Syphilis gebunden; die Infektion während der Konzeption wirkt am intensivsten; dann vom Verlauf der Syphilis bei Frauen: viele kommen erst mit tertiären Symptomen, da sie die sekundären Erscheinungen nicht bemerkt haben. Des weiteren kommt es vor, dafs syphilitische Mütter alternierend lebende und tote Kinder zur Welt bringen. Nach M. ist inveterierte Syphilis vererbbar, desgleichen behält die gummöse Syphilis für die Deszendenten ihre Kontagiosität, wofür er die nötigen Beweise bringt. Sodann bespricht er die Mortalität und das Schicksal der syphilitischen Kinder, um dann zu den Plazentarerkrankungen der syphilitischen Mütter überzugehen. Zum Schlufs stellt er folgende Deduktionen auf:

Je früher die Frucht infiziert wird, desto gröfsere Gefahr besteht für dieselbe. Weder das Alter noch die Form der mütterlichen Syphilis lassen einen sicheren Schlufs auf den Ausgang der Gravidität zu. Bei nicht erwiesener Syphilis der Mutter (möglicherweise paterner Infektion) fanden sich von elf Fällen neunmal Plazentarerkrankungen, eine Erscheinung, die für die paterne Übertragung in Betracht käme. Die lange Jahre währende Übertragbarkeit der Syphilis der Mütter und die deletäre Wirkung derselben auf die Deszendenten fordern zur energischen Behandlung jeder, auch der latent syphilitischen Mutter auf. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ein Fall von Syphilis bei einem sechsjährigen Knaben, durch Coitus entstanden, von G. Frank Lydston-Chicago. (*New York Journ.* 8. Okt. 1904.) Das Kind war von einem neunjährigen Mädchen (! kaum glaubhaft dünkt uns Europäern diese Geschichte. Ref.) zweimal zur Verübung des Beischlafs versucht worden und zeigte drei Monate später folgende Erscheinungen: allgemeines papulo-erythematöses Syphilid, primäre, typische, schmerzlose Leistendrüsenschwellung, ebenso wie unzweifelhafte allgemeine Drüsenschwellung (am Ellenbogen usf.), Schleimhautplaques an beiden Tonsillen: am Präputium eine typische Initialverhärtung, welche nach Aussage des behandelnden Arztes allmählich kleiner geworden war. Bei dem betreffenden neunjährigen Mädchen waren von demselben Arzte Kondylome an der Vulva konstatiert worden. *Stern-München.*

Ein Fall von Primäraffekt auf dem Penis eines fünfjährigen Knaben, von Gg. Steiner. (*Orvosi-Hetilap.* 1903. Nr. 6.) Der fünfjährige Zigeunerknabe wird mit seiner syphilitischen Mutter und Schwester auf die Abteilung von Róna aufgenommen, da er angeblich seit drei Monaten krank ist. Derselbe erzählt, dafs er von einem Mädchen Coitus halber auf sie gelegt wurde. Bei der Aufnahme konnten auf der inneren Lamelle des Präputiums und auf der Eichel je eine erbsengrofse Sklerose konstatiert, in beiden Inguinalgegenden mehrere haselnufsgrofse, knorpelharte Drüsen, hochgradige Polyadenitis und auf den Tonsillen zerfallene Papeln nachgewiesen werden. Es handelte sich also um eine genitale, akquirierte Syphilis, welche bei Kindern beinahe ausschliefslich extragenital vorzukommen pflegt. Die Primärinfektion bei Kindern auf dem Penis ist aufserordentlich selten, und diese erfolgt hauptsächlich durch Infektion bei ritueller Circumcision.

A. Alpár-Alexandria.

Über den Zusammenhang von Lues und Aortenerkrankung, von Dietrich Amende. (Diss. München 1903. 35 S.) Verfasser hat zu seiner Zusammenstellung die Sektionsberichte des Münchener Krankenhauses r. I. benutzt und ist zu folgenden Schlufsfolgerungen gekommen: 1. Als Ursache des sehr charakteristischen, von der deformierenden Endaortitis wohl zu unterscheidenden Krankheitsbildes der Aortitis

Digitized by Google

thoracica, und auf ihrem Boden vielleicht auch des Aortenaneurysma, kommt mit grofser Wahrscheinlichkeit häufig Lues in Betracht. 2. Jedoch ist der Beweis, dafs jeder Fall von Aortitis thoracica auf Lues beruhe, nicht erbracht. 3. Bei jedem Fall von Aortenaneurysma ist die Jodtherapie zu versuchen, nicht nur, weil das zu behandelnde Aneurysma luetischen Ursprungs sein kann, sondern weil die Jodbehandlung, auch wenn keine Lues vorliegt, günstig wirken kann. *Fritz Loeb-München.*

Ikterus bei sekundärer Syphilis, von W. J. Calvert. (*Amer. Journ. med. scienc.* Mai 1904.) Ein 27jähriger Mann, bei welchem sechs Wochen vor der Aufnahme ein harter Schanker hervorgetreten war, zeigte intensiven allgemeinen Ikterus, und erst etwa eine Woche nach Einsetzen desselben die ersten Anfänge eines allgemeinen makulösen Ausschlages. Im Anschlufs an diesen Bericht gibt Verfasser eine kurze Übersicht von der diesbezüglichen Literatur. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Diagnose und Therapie der Nasenlues, von P. Hellat. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 22 u. 23.) Bezüglich des Frühstadiums sagt Verfasser folgendes:

1. Im kondylomatösen Stadium läfst sich die Diagnose von der Nase allein nur ausnahmsweise stellen.

2. Die Coryza luetica ist gewöhnlich mit Rachen- und Nasenrachenaffektionen kombiniert.

3. Die Diagnose gewinnt durch die eigentümliche milchige Verfärbung der Schleimhaut eine grofse Stütze.

4. Tritt diese Verfärbung auf dem grofsen Waldeyerschen Ring oder mindestens auf zwei von den gröfseren Drüsen (Zungen- und Gaumen- oder Gaumen- und Rachentonsille) auf, so kann das als pathognomisch für Lues gelten.

5. Die Therapie der Nasenlues im Frühstadium soll eine allgemeine sein.

Im gummösen Stadium werden in der Nase dieselben Formen wie an den übrigen Organen beobachtet. Bei jedem Infiltrat, besonders wenn es diffus ist, mufs zunächst an Lues gedacht werden. Bevorzugte Lokalisationen sind das Septum und der Nasenboden, in zweiter Linie Siebbein und Muschel, erst in dritter Linie die angrenzenden Organe und die äufsere Haut. Die durch die Infiltrate bedingte Behinderung der Nasenatmung und die Retention der Sekrete begünstigen einen raschen Zerfall, zumal bei der Zartheit der in Betracht kommenden Elemente. Frühzeitiges therapeutisches Eingreifen ist also dringend geboten, auch schon deswegen, weil jede Formveränderung der Nase die moralische Existenz der Patienten gefährdet. Sehr gewöhnlich geht mit der Rhinitis luetica, sobald ausgedehntere Zerstörungen vorhanden sind, ein eigentümlicher Stumpfsinn einher, der sich sowohl im Gesichtsausdruck wie im Wesen sehr deutlich äufsert, und dessen Entstehung wohl durch die Zerstörung der Riechsphäre und des Siebbeins befördert wird. — Die beste Therapie für die gummöse Nasenlues ist noch immer der Gebrauch von Jod und Quecksilber. Es gibt jedoch renitente Fälle, in denen es trotz energischer Allgemeinbehandlung zu kleineren oder gröfseren Defekten des Nasengerüstes kommt. In solchen Fällen ist die Reinigung der Geschwüre mit dem scharfen Löffel indiziert. Zu den durch den Zerfall hervorgerufenen Verwüstungen bringt die Vernarbung bisweilen noch erschwerende Momente. In zwei Fällen sah Verfasser vollständige Obliteration des Nasenrachenraumes besw. beider Nasenhälften. *A. Loewald-Kolmar.*

Syphilitische Nasentumoren, von M. Toeplitz-New York. (*Amer. Journ. Med. science.* Mai 1904.) Eine 26jährige Frau kam in Behandlung wegen Verschlufs der linken Nasenhöhle, ausgedehnter Borkenbildung, Verminderung des Riechsinnes und heftiger Epistaxis. Man fand eine das ganze Lumen beinahe ausfüllende, graurötliche, bewegliche, glatte Geschwulst, die unter starker Blutung stückweise abgetragen wurde. Die histologische Untersuchung ergab ein Stroma von losem Bindegewebe, das zum

Digitized by Google

Teil von einem geschichteten Epithel überzogen war. Hier und da sah man letzteres sich in die Tiefe einsenken und schleimgefüllte Retentionscysten bilden. Die Patientin, welche anfangs für tuberkulös gegolten hatte, liefs im weiteren Verlauf sonstige syphilitische Symptome erkennen und erhielt eine energische antisyphilitische Behandlung. T. bezeichnet diesen Fall als ein Analogon für etliche andere in der Literatur verzeichneten Fälle. Von den gummösen Geschwülsten sind diese Syphilomata, welche am ehesten mit Sarkomen verwechselt werden können, unschwer zu unterscheiden, namentlich durch ihren Ursprung aus der Schleimhaut und ihren längeren Bestand ohne Ulceration und Verfall. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis des Magens, von Charles F. Hoover-Cleveland. (*Cleveland Med. Journ.* Sept. 1904.) Die Syphilis des Magens ist bisher selten beobachtet bezw. beschrieben worden, da sie, wenn auch vielleicht nicht gerade selten, so doch schwer zu eruieren ist. Denn H. hat drei Fälle beobachtet, die ebenfalls durchaus keine besonderen physikalischen und chemischen Anhaltepunkte boten. Das einzige Bemerkenswerte war nur das, dafs sie günstig auf Jodkalium zurückgingen; ja in dem einen Falle trat sogar der Tod bald und auf Grund der durch gummöse Entzündung des Pylorus bedingten Kachexie ein. Die anderen beiden Fälle verliefen günstig nach energischer Jodkaliumkur. Zu bemerken ist noch, dafs in dem einen, letalen, Falle nur eine Gaumenperforation und die Sattelnase, die der Patient vor 25 Jahren akquiriert hatte — er war im Alter von 50 Jahren — die einzigen auffälligen Erscheinungen bei der klinischen Untersuchung waren.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ein Fall von Lues ventriculi, von Franz Schmaler. (Inaug.-Diss. München. 1903.) Kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Akute, intestinale Obstruktion, verursacht durch eine syphilitische Ulceration im Ileum, von J. M. Elder-Montreal. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1904.) Ein 23jähriger Arbeiter kam ins Hospital mit einer ausgedehnten tertiär-syphilitischen Ulceration am linken oberen Augenlide. Wenige Stunden nach seiner Aufnahme und etwa eine halbe Stunde nach dem Stuhlgange stellten sich beim Patienten schneidende Schmerzen in der Nabelgegend, Übelkeit, starker Tenesmus ein. Die Schmerzen wurden intensiver, das Abdomen begann sich aufzublähen und wurde um den Nabel herum fest und starr. Der Patient verfiel in einen Collapszustand. Verfasser wurde in der Nacht zu dem schwerkranken Patienten gerufen und entschlofs sich, zur Eruierung der Ursache der schweren Erscheinungen und zur Erhaltung des Lebens die Laparatomie vorzunehmen. An einem Punkte, etwa 2½ Fufs von der Ileo-Coecalklappe entfernt, fand man den Darm an die hintere Lage des Peritoneums festgeheftet. Die Lostrennung beseitigte jedoch noch nicht das Hindernis. Vielmehr wurde an der Stelle eine feste, knotige Masse im Lumen des Darmes durchgefühlt, welche den Verschlufs herbeigeführt hatte. Das fragliche Stück des Darmes wurde reseziert. An der einen Seite fand sich ein leicht blutendes, ziemlich frisches Geschwür, und gegenüber zwischen Mucosa und Submucosa durch Hämorrhagie entstandenes Hämatom. — Die Operation war von dem besten Erfolge begleitet. Unter gleichzeitiger, nach zwei Tagen begonnener, antisyphilitischer Kur genas der Patient vollständig und konnte wieder zu seiner Arbeit zurückkehren.

Das Darmgeschwür zeigte mikroskopisch alle Merkmale einer syphilitischen Endarteritis. *C. Berliner-Aachen.*

Syphilis des Metiastinums, von A. G. Mammelis. (Inaug.-Diss. Jena 1903.) Es handelte sich im beschriebenen Fall um einen gummösen Tumor, Spontanheilung.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Beitrag zur Lues des Nervensystems, von A. Buracynski-Wien. *(Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 18—24.) Die Erkrankungen des Nervensystems infolge von Syphilis haben sich infolge erschwerter Lebensbedingungen und des intensiven Kampfes ums Dasein in den letzten Jahrzehnten bedeutend vermehrt. Das geschwächte Nervensystem bildet als locus minoris resistentiae eine Prädilektionsstelle für die hinzutretende Syphilis. B. hatte Gelegenheit, 20 Fälle von syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems zu beobachten, von denen 12 bereits in der Frühperiode der Syphilis auftraten. Je nach dem Ausfall gewisser Funktionen, welche von bestimmten Zentren des Gehirns ausgelöst werden, unterscheidet man zwischen Konvexitäts- und Basalerkrankungen, von denen die letzteren häufiger und charakteristischer auftreten. B. schildert dann ausführlich die beobachteten Fälle, denen allen gemeinsam ist, daſs die Patienten eine ungenügende oder gar keine Behandlung im Frühstadium durchgemacht hatten; auſserdem war in fast allen Fällen der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung, welche in Einreibungen und gleichzeitiger Verabreichung von Jod-, Bromkalium bestand, ein eklatanter. Dadurch wurde auch in zweifelhaften Fällen die syphilitische Natur des Leidens bestätigt. Das Alter der Individuen war in elf Fällen zwischen 19 und 30, in sieben zwischen 30 bis 40 und nur in zwei Fällen über 40 Jahre. Die Zeit der Infektion konnte in zehn Fällen bestimmt ermittelt, in acht Fällen aus den vorhergegangenen Umständen und Begleiterscheinungen mit Sicherheit vermutet werden und nur in zwei Fällen war sie nicht zu eruieren. Was nachgewiesene Beziehungen der Nervenaffektion zur Syphilis betrifft, so bestanden in fünfzehn Fällen noch floride Erscheinungen, in einem Falle universelle Skleradenitis, in vier Fällen keine spezifischen Erscheinungen. In einem Falle handelt es sich anscheinend um eine von der Tonsille ausgehende extragenitale Infektion; neuropathische Belastung war nie festzustellen, Herz- und Lungenbefund durchweg normal. B. ist geneigt, die Erkrankung des Zentralnervensystems auf die ungenügende Behandlung der leichten sekundären Formen oder Nichtbehandlung des oft übersehenen Primäraffekts und der Folgeerscheinungen zurückzuführen. Vorbehandlung hatte nur in zehn Fällen stattgefunden, davon in der Hälfte nur eine ungenügende; in acht Fällen überhaupt keine. Der Erfolg der Therapie war in elf Fällen vollständig; in sechs Fällen war eine wesentliche Besserung zu konstatieren, obwohl die ungeduldigen Patienten bald nach dem Einschlagen der spezifischen Therapie auf ihre Entlassung drangen. In einem Falle, wo es sich um Encephalomalacie handelte, eine frühere Behandlung nicht stattgefunden hatte und der Patient erst spät zur Behandlung kam, war der Ausgang letal, ebenso in einem Falle von Endarteritis luetica, wo es sich um Lues ignota handelte und keine Behandlung stattgefunden hatte. B. bedauert, daſs für derartige Patienten kein Spitalzwang besteht, da bei rechtzeitiger energischer Behandlung in der Mehrzahl der Fälle vollständige Heilung zu erwarten ist. Nach Mraček kommt es bei den Prostituierten trotz ausschweifender Lebensweise relativ selten zu syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, da dieselben, unter Kontrolle stehend, auch wegen geringer Symptome behandelt und erst nach völliger Abheilung derselben entlassen werden. Auffallend war, daſs die Manifestationen seitens des Nervensystems in dreizehn Fällen schon im ersten Jahre nach der Infektion auftraten, im zweiten Jahre einmal, im dritten, vierten, sechsten und zehnten Jahre je einmal. *Putzler-Danzig.*

Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tumor cerebri, Dissertation von Julian Domanski. (München. 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Die Differentialdiagnose zwischen multiplen bezw. solitären Hirntumoren und diffuser intrakranieller Syphilis, von Charles K. Mills-Pennsylvania. *(Univ. of Penns. Med. Bulletin.* 1904. Nr. 3.) Tumor oder Syphilom, Sarkomatose

Digitized by Google

oder syphilitische Encephalitis: die Fragen sind schwer zu beantworten, und warum? Mills bringt zwei Fälle von diffuser syphilitischer Encephalitis, wo bestimmte und charakteristische Symptome nicht stechend hervortraten, und wo nur die allgemeinen Einzelheiten der sonstigen Hirnsyphiliserscheinungen zur Geltung kamen. Merkwürdig war, die Kopfschmerzen und sonstige, namentlich Stehstörungen, kamen erst ein Jahr bezw. drei Monate vorher zur Erscheinung. Und die Diagnose „ex juvantibus" läfst bei diffuser, wie tumorenbildender Syphilis des Hirns meist im Stich, und vielmals kann auch die Sarkomatose des Hirns auf Jodkalium oder gar auf Quecksilber zurückgehen, wenigstens in den subjektiven Symptomen. In der Hauptsache kann man speziell bei den diffusen Prozessen differentialdiagnostisch die Tatsache zur Geltung bringen, dafs die diffuse Syphilis mehr die basalen Hirnnerven in Beteiligung zieht, und dafs mehr Augenstörungen bezw. Erblindung mit der Hirnsyphilis in Verbindung stehen, und namentlich wechseln die Erscheinungen der syphilitischen Hirnnervenerkrankungen in ihrer In- und Extensität recht sehr, so dafs gerade das wechselnde Bild und das wechselnde Befinden und das Wechseln der Beschwerden speziell für den syphilitischen Charakter viel eher als für einen sarkomatösen Charakter sprechen würde. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Klinischer Beitrag zum Hydrocephalus syphilitischen Ursprunges, von D. Galatti-Wien. (*Wien. klin Wochenschr.* 1904. Nr. 25.) G. bringt drei Fälle von Hydrocephalus internus syphiliticus einer Familie, wo zur Zeit der Zeugung des ersten Kindes 9 Jahre, zur Zeit der Zeugung des letzten Kindes 14 Jahre nach der letzten luetischen Behandlung des Vaters verflossen waren. Bei dem ersten Kinde bestätigte die Obduktion die Diagnose; die Erscheinungen bei den beiden anderen Kindern gingen auf Jodkalium zurück. Damit nun eine antiluetische Behandlung den bisher oft vermifsten Erfolg hat, soll möglichst zeitig mit derselben begonnen werden, selbst da, wo im Anfangsstadium die Diagnose bezweifelt wird und die Ätiologie für den Hydrocephalus nicht klar ist. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Ein Fall von Syphilis des Pons varoli, von B. Łuczycki. (*Gazeta lekarska.* 1904. Nr. 32.) F. W., 43 Jahre alt, akquirierte vor zehn Jahren Lues und wurde damals mit 30 Hg-Einreibungen behandelt; seit dieser Zeit kein Hg, kein KJ. Die jetzige Erkrankung ist plötzlich mit Kopfschmerz und Fieber aufgetreten und wurde vom Verfasser als Syphilis des Pons varoli diagnostiziert. Für die syphilitische Natur des Prozesses spricht der Erfolg der Therapie: nach Darreichung von KJ und vier Injektionen von Hg sozojodolicum (Dosis nicht angegeben. Ref.) trat bedeutende Besserung, nach 50 Einreibungen à 3.0 Ungt. cin. nach einigen Monaten vollkommene Heilung ein.

Die Bestimmung der Lokalisation des Herdes wurde durch folgende Krankheitssymptome ermöglicht:

1. Hemiplegia alternans: linksseitige Facialis-, rechtsseitige Extremitätenlähmung;
2. Hypaesthesie und Hypalgesie der rechten Thorax- und der rechten Gesichtshälfte;
3. rechtsseitige Ataxie;
4. Diplopie (beim Schauen nach links);
5. erschwertes Schlucken;
6. Reizung des N. acusticus (Ohrensausen);
7. erhöhte Temperatur (bis 40° C.).

Nähere Lokalisation: hinterer Teil der Brücke, unterhalb der Kreuzung der Facialisfasern. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Digitized by Google

Über Lues cerebrospinalis sprach in der Sitzung der Gesellschaft der Charitéärzte vom 2. Juni 1904 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 36) Henneberg an der Hand von drei Fällen mit Obduktionsbefund. Der erste Fall betraf eine 31jährige Frau, deren Vater und zwei Schwestern geisteskrank waren; sie selbst litt an Hysterie und war 1898 infiziert, der Tod trat 1904 an Decubitus und Pyämie ein. Die Sektion ergab: Rückenmark auffallend dünn, mäfsige Verdickung der Pia, keine gummösen Infiltrate, Degeneration der ersten Lumbal- und unteren Dorsalwurzeln, hochgradige Randdegeneration, im unteren Dorsalmark und im Lumbosakralmark Degeneration der Pyramiden, im obersten Halsmark, im Bereiche des Gollschen Stranges, sklerotischer Herd, Meningoencephalitis gummosa an der Basis des rechten Stirnhirnes übergreifend auf den Linsenkern, Cystenbildung im Nucleus caudatus. — Der zweite Fall war ein 42jähriger Postassistent ohne hereditäre Belastung, Infektion unbekannt. Die Sektion zeigt: Gefäfse der Basis dickrund, knorpelhart, gleichmäfsig weifslich verfärbt, Endarteriitis obliterans, starke kleinzellige Infiltration der Adventitia, zahlreiche Riesenzellen der aufgefaserten Elastica anliegend, multiple encephalomalacische Herde, nirgends Gummibildung, Verdickung der weichen Rückenmarkshäute. — Der dritte Fall betraf eine 56jährige, vor 19 Jahren infizierte Frau. Sektion: Cirkumskripte Meningoencephalitis gummosa am linken Hirnschenkel, Okulomotorius um das dreifache verdickt, Endoneuritis gummosa, Erweichung im Bereiche des Corpus striatum rechts, mäfsige diffuse Infiltration der weichen Rückenmarkshäute.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einen Fall von syphilitischer Meningomyelitis, Dissertation von Alfred Mendler-München. (1904.) Für die Ursache der vorliegenden Nervendegeneration macht Verfasser folgende Möglichkeiten verantwortlich: 1. direkte Wirkung des syphilitischen Giftes; 2. primäre Gefäfserkrankung, Verschlufs von Arterien und Atrophien in den von diesen ernährten Bezirken mit inaktiver Neurogliawucherung; 3. Kompression von seiten der verdickten Meningen und dadurch hervorgerufene Lymphstauung. *Fritz Loeb-München.*

Progressive Paralyse und Syphilis mit Berücksichtigung der in Bosnien und Herzegowina gesammelten Erfahrungen, von Koetschet-Serajewo. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 24—26.) In einem auf dem achten Kongrefs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft im Jahre 1903 in Serajewo gehaltenen Vortrage behandelt K. in geistvoller und anziehender Weise die Frage nach der Ätiologie der progressiven Paralyse und bekämpft die Ansicht der Pansyphilisten, nach welcher die Syphilis als alleiniges ätiologisches Moment für die Paralyse in Betracht komme. Es bestehen sicher enge Beziehungen zwischen beiden Affektionen, man darf aber nicht so weit gehen, wegen der bestehenden Paralyse ohne weiteres auf überstandene Syphilis zu schliefsen. Als wichtige ursächliche Momente kommen auch noch erbliche Belastung und Alkoholmifsbrauch in Betracht, welche in statistischer Hinsicht nächst der Syphilis die höchste Ziffer aufzuweisen haben. Die Behauptung, dafs auch eine geographische Übereinstimmung der Verbreitung der Paralyse mit derjenigen der Syphilis vorhanden sei, trifft nicht zu. Es gibt viele Länder und Völker, bei welchen die Syphilis häufig, die Paralyse aber selten vorkommt. Es sind das namentlich die Völker des Orients, zu welchen auch die Bewohner von Bosnien und der Herzegowina, die Landsleute des Vortragenden, gehören. Auch bei diesen steht die Anzahl der Fälle von Paralyse in keinem Verhältnisse zu der Ausbreitung der Syphilis und zu der Zahl der Geisteskranken überhanpt. Unter 614 vom Autor beobachteten einheimischen Geisteskrankheiten befanden sich nur vier Fälle von Paralyse, während z. B. in Frankreich nach einer Enquête im Jahre 1874 ein Paralytiker auf 3,8 Geisteskranke kam. Wohl vermag die Syphilis den Organismus für die Entwicklung der

Digitized by Google

Paralyse zu prädisponieren, es müssen aber meist noch andere Bedingungen, besonders sozialer Natur, hinzutreten, um sie vollends zum Ausdruck gelangen zu lassen. Starke Gemütsbewegungen, körperliche Überanstrengung, die Jagd nach dem Glück, die wilde Hast des Lebens, das alles finden wir in weit höherem Maſse bei den sog. Kulturnationen, als z. B. bei den sorglos dahinlebenden Orientalen, bei welchen der Kampf ums Dasein sich meist viel ruhiger abzuspielen pflegt. Zur Erforschung der Ursachen der Paralyse wird sich daher künftig die Psychiatrie notwendigerweise mit der Dermatologie, der Anatomie, der Biochemie (Pollack) und der Soziologie vereinigen müssen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse, von J. A. Hirschl-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 27—30.) Die progressive Paralyse ist eine sehr häufige Geisteskrankheit; sie schwankt in den Irrenanstalten von 10—45%. Auf 10—20 erkrankte Männer kommt eine Frau. Am häufigsten betrifft sie Männer im Alter von 35—55 Jahren. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um einen Schwund des Parenchyms im gesamten Zentralnervensystem. Der Ausgang des Prozesses ist die Atrophie des Gehirns. Auch Hinterstränge und Seitenstränge des Rückenmarks sind meist bei der Erkrankung beteiligt; das Hauptsymptom wird deshalb langsam fortschreitender Schwachsinn sein. Man unterscheidet drei Stadien der Paralyse: 1. ein Frühstadium in Form eines langsam sich entwickelnden Intelligenzdefektes mit Charakterveränderung; ein zweites Stadium, in dem der Schwachsinn in erheblicher Weise zunimmt unter Hinzutritt von akuten Geistesstörungen in manchen Fällen; endlich das dritte Stadium, das Stadium der Lähmungen. Die Frühdiagnose der Paralyse ist wichtig, einmal weil die rechtzeitig gestellte Diagnose in manchen Fällen die vorbereitete Verheiratung des Kranken verhindert, zweitens weil man den Kranken entmündigen oder scharf überwachen und aus verantwortlichen Stellungen rechtzeitig entfernen kann. Ferner ist bei rechtzeitig gestellter Diagnose die Möglichkeit einer Heilung bezw. Besserung nicht ausgeschlossen, wenn es auch bisher nicht gelungen ist, bei der Paralyse auf medikamentösem Wege absolut sicher eine Remission zu erzielen. Endlich ermöglicht es die Schulung in der Erkenntnis der Symptome der Paralyse, prognostisch minder ungünstige Erkrankungen des Nervensystems, wie die syphilogene Epilepsie und Neurasthenie, die oft sehr ähnlich der Paralyse verlaufen, sicher zu erkennen. G. teilt die Symptome der Paralyse ein in:

I. psychische Symptome,
II. neurasthenische Symptome,
III. tabische Symptome,
IV. paralytische Insulte,
V. paralytische Symptome,
VI. syphilitische und syphilogene Symptome.

Unter den psychischen Symptomen ist am auffälligsten die Charakterveränderung, die sich zunächst als fortschreitende Willensschwäche kund gibt; die ethischen und ästhetischen Gefühle leiden, Urteils- und Schluſsfähigkeit sind bedeutend herabgesetzt, die Triebhandlungen der Kranken nehmen einen abnorm breiten Raum ein. Die Reizbarkeit der Kranken ist sehr auffallend; die dauernde Stimmung ist depressiv. Von groſser Bedeutung ist der völlig unmotiviert eintretende Stimmungswechsel. Daneben bestehen oft Intelligenzdefekte. Seine Leistungen werden schlechter, es tritt geistige Ermüdbarkeit und eine Verlangsamung der geistigen Funktionen ein. Verhältnismäſsig früh tritt eine deutliche Erschwerung der Auffassung auf; die wichtigste hierher gehörige Störung ist die des Gedächtnisses, die von einer Abnahme der Merkfähigkeit bis zu allgemeiner Gedächtnisschwäche sich steigern kann. Wahnideen sind

Digitized by Google

verhältnismäfsig selten. Der Eifersuchtswahn der Paralytiker tritt verhältnismäfsig häufig auf. Auch Sinnestäuschungen werden im Anfangsstadium beobachtet.

Unter den neurasthenischen Symptomen steht im Vordergrunde der Kopfschmerz. Ferner zeigt der Paralytiker alle jene Verdauungsstörungen, die der Neurastheniker zeigt. Auffällig ist ferner die leichte Ermüdbarkeit, Intoleranz gegen Alkohol, eine Fülle von rheumatischen Schmerzen und Störungen des Schlafes.

Was die tabischen Symptome anbelangt, so findet man eine Reihe derselben bei der Paralyse sich hinzugesellend. In fast keinem Fall von Paralyse fehlt eine Alteration der Pupillenreaktion; die Reaktion der Pupillen ist meist eine unausgiebige geworden und läuft träge ab. Die Prüfung der akkomodativen Reaktion der Pupillen läfst fast immer eine prompte Verengerung wahrnehmen. Die sympathische Reaktion, die Erweiterung derselben auf Schmerzreiz ist in vielen Fällen erloschen. Das Fehlen des Patellarsehnenreflexes ist von zweifellos diagnostischer Bedeutung. Lanzinierende Schmerzen, die Analgesie, der Gürtelschmerz, Störungen von seiten der Harnblase und der Potenz werden häufiger beobachtet. Paralytiker mit völlig ausgeprägter Ataxie findet man gelegentlich. Ferner sind gemeinschaftlich der Paralyse und der Tabes die Atrophie des Nervus opticus, die Ophthalmoplegie und die postsyphilitische Migräne.

Im Verlauf der Paralyse kommt es sehr häufig zu anfallsartigen Phänomenen; sie steigern sich von einfachen Ohnmachten bis zu apoplektiformen Anfällen, welch letztere von kurzdauernden, leichten Paresen oder aphasischen Störungen gefolgt sein können. Epileptiforme Anfälle sind nicht allzu häufig, dagegen werden die petit-mal-Anfälle in den verschiedensten Formen ziemlich häufig als initiales Symptom der progressiven Paralyse beobachtet. Die epileptiformen, sowie die petit-mal-Anfälle können ganz isoliert als ein abgeschlossenes Krankheitsbild mehrere Jahre nach der syphilitischen Infektion auftreten und bilden dann das Krankheitsbild der postsyphilitischen Epilepsie.

Bei den eigentlichen paralytischen Insulten treten in den späteren Stadien Krämpfe nach dem Jacksonschen Typus auf. Zu den paralytischen Symptomen, die schon im initialen Stadium der Paralyse auftreten und zum Teil für dieselbe pathognomisch sind, gehören die auffällige Schlaffheit im unteren Facialisgebiet, das fascikuläre Zucken in den Lippen, ein absolut charakteristisches Symptom für die Paralyse, und die fatuöse Miene des Paralytikers. Dazu kommen die Sprachstörungen, nicht selten eine Parese einer Extremität, und schliefslich die erheblichen Veränderungen in der Schrift der Paralytiker. Zu den syphilitischen und syphilogenen Symptomen zählt H. die Skleroseresiduen und die Skleradenitis, ferner die charakteristischen Narben nach gummösen Geschwüren in der Haut, die glatte Zungenatrophie, Narben und Defekte nach ulcerösen Prozessen am harten und weichen Gaumen, Mastdarmstrikturen, Leukoderma nucclae, Verdickung des Periosts oder Tophi am Knochensystem, narbige Schrumpfung eines oder beider Testikel nach Sarcocele syphilitica.

Den Beweis überstandener Syphilis sieht H. für erbracht an:

1. bei in einem Spitale oder von einem verläfslichen Arzt konstatierter Initialsklerose und Behandlung mit Inunktionen oder Quecksilberinjektionen;

2. bei einem Ulcus mit sekundärem Exanthem oder anderen syphilitischen Allgemeinerscheinungen;

3. bei einer Genitalaffektion, die nicht näher beschrieben werden kann, und typisch-syphilitischem Auftreten von wiederholtem Abortus.

Als wahrscheinlich wird die syphilitische Infektion dann gelten, wenn

1. irgendein venerisches Ulcus und sterile Ehe angegeben wird;

2. wenn eine venerische Affektion zwar geleugnet wird, aber typisch-syphilitisches Auftreten von wiederholtem Abortus zu konstatieren ist.

Digitized by Google

Zum Schlufs hebt H. einige differentialdiagnostische Momente hervor und macht darauf aufmerksam, dafs von chronischen Psychosen hier in Betracht kommen die Paranoia und die senile Demenz.

Endlich gehört zu den wichtigsten differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen die Neurasthenie. Tumoren und Gummata des Gehirns werden sich durch Konstatierung objektiver Tumorsymptome abgrenzen lassen. Diffuse luetische Prozesse der Hirnrinde werden in vielen Fällen grofse Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose darbieten. Die postsyphilitische Demenz kann nur dann von der progressiven Paralyse geschieden werden, wenn eine gröfsere Anzahl von körperlichen Symptomen als Residuen der cerebrospinalen Syphilis zurückgeblieben sind.

Die multiple Sklerose ist selten mit der Paralyse zu verwechseln, nach einmaliger Untersuchung kann die Diagnose der progressiven Paralyse nur im vorgeschrittenen Stadium gestattet werden. H. empfiehlt zum Schlufs, bei beginnender Paralyse oder Paralyseverdacht immer eine Quecksilberbehandlung vorzunehmen. Schwankt die Diagnose zwischen gummöser Meningitis und progressiver Paralyse, so ist das Unterlassen der antisyphilitischen Behandlung ein oft nicht gut zu machender Fehler. Jodtherapie hat meist keinen Erfolg. *Putzler-Danzig.*

Über die Bedeutung der Syphilis für die Ätiologie der Tabes. Ein Fall von Tabes im kindlichen Alter, von Preobrashenski. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1904. Nr. 6.) Verfasser bringt zunächst eine Statistik der Tabiker im alten Katharinenhospital zu Moskau. Von 170 Tabikern waren 137 Männer und 33 Frauen. Von den ersteren hatten 84 (61,3 %) Syphilis gehabt, 29 (21,2 %) nicht gehabt, während 18 ein unbestimmtes Ulcus gehabt hatten und 6 sich nicht erinnerten. Von den 33 Frauen hatten 11 (33,3 %) Lues gehabt, 15 (45,5 %) nicht gehabt, 7 wufsten nicht. In toto hatten von den 170 Tabikern 56 % Lues gehabt und 26 % nicht gehabt. Weiter bringt Verfasser zwei Krankengeschichten, von denen die eine die Mutter, die andere deren Sohn betrifft. Die Mutter hat Lues akquiriert und später Lues cerebri bekommen, der zwölfjährige Sohn, welcher nach drei Aborten geboren ist, hat Tabes dorsalis. Wie Verfasser an der Hand der in der Literatur beschriebenen Fälle von Tabes dorsalis im kindlichen Alter nachweist, handelt es sich hier immer um hereditäre Syphilis. „Wenn die Tabes dorsalis", sagt Verfasser, „bei den Kindern einzig und allein durch hereditäre Syphilis hervorgerufen wird, warum soll man das bei den Erwachsenen nicht zulassen?" *Arth. Jordan-Moskau.*

Über luetische Affektionen der Chorioidea, von K. Hofmann. (Inaug.-Diss. Leipzig 1903.) Die Arbeit bringt nichts Bemerkenswertes. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kenntnis der anatomischen Veränderungen bei sekundärluetischer Optikuserkrankung, von Richard Wagner. (Inaug.-Diss. Rostock 1903.) Der beschriebene Fall ist neben dem Julers (Un cas de névro-rétinito monoculaire syphilitique avec examen microscopique. *Arch. d'Ophthalm.* 1897. Bd. 17. S. 542) der einzige Fall von luetischer Erkrankung im Sehnerven im zweiten Stadium, wo eine ganz ausführliche Beschreibung der durch Lues gesetzten pathologisch-anatomischen Veränderung unternommen wurde, während alle übrigen, in der Literatur veröffentlichten Fälle sich auf ältere tertiäre Stadien der Lues beziehen. Ein Sekundärglaukom und Tumorverdacht hatten Veranlassung zur Enukleation gegeben, während die Sektion diesen Verdacht nicht bestätigte, sondern eine Optikuserkrankung feststellte, die als luetisch zu deuten war. *Fritz Loeb-München.*

Über Syphilis hereditaria, von J. Kühnlein. (Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. 1903.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

Über Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber, von Alfred Binder. (Inaug.-Diss. Berlin 1904.) Verfasser hat bei einer exquisit diffusen, inter

Digitized by Google

stitiellen Form der kongenital-syphilitischen Hepatitis eine massenhafte Riesenzellenbildung gefunden. Diese Riesenzellen sind entstanden aus den Parenchymzellen der Leber selbst, und zwar zum gröfsten Teil durch Konfluenz, vielleicht einzelne darunter auch aus einer Leberzelle. Die Riesenzellenbildung ist als eine wohl mit der Wirkung des Syphilisgiftes in Zusammenhang zu bringende Erscheinung anzusehen.

Fritz Loeb-München.

Skizze der äufseren Erscheinungen bei kongenital-syphilitischer Uveitis, von C. A. Oliver-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* Juli 1904.) Es wird hier eine vorzügliche Zeichnung eines Falles von kongenital-syphilitischer Entzündung der Uvea beiderseits bei einer 24jährigen Frau wiedergegeben nebst einem kurzen Bericht über den charakteristischen, nicht ungewöhnlichen Verlauf des Leidens.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Frage der Syphilis hereditaria tarda, von R. R. Campbell-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Juli 1904.) Theoretisch, meint Verfasser, mufs man die Möglichkeit langer Latenzperioden, die ja bei der akquirierten Syphilis durchaus gewöhnlich sind, auch bei der hereditären Syphilis zugeben. Bei der Diagnose zweifelhafter Fälle ist das Fahnden auf die Erscheinungen der Hutchinsonschen Trias von grofsem Wert. Doch gibt es zweifellos Fälle, in denen jedes Zeichen erblicher Syphilis fehlt, akquirierte Syphilis ausgeschlossen ist, und in denen um die Pubertätszeit syphilitische Spätsymptome auftreten. Verfasser stellt eine Anzahl solcher Fälle aus der Literatur zusammen und berichtet über eine eigene Beobachtung, ein Mädchen betreffend, bei dem im Alter von 16 Jahren gummöse Geschwüre an den Beinen zum Ausbruch kamen.

In der Diskussion stimmen Brayton, C. W. Allan und H. C. Baum dem Verfasser bei, während L. Duncan Bulkley zu grofser Vorsicht in der Beurteilung solcher Fälle auffordert, weil etwa vorausgegangene Symptome zu häufig übersehen werden.

A. Loewald-Kolmar.

Die Organisation der Syphilisbehandlung in der Marine, von Clayton. (*Brit. med. Journ.* 13. Aug. 1904.) Die stetig wachsende Zahl der Syphiliserkrankungen in der Marine und die vielfachen Störungen, welche dadurch in der Erfüllung der Dienstpflicht entstehen, machen es zur Pflicht, eine strenge Kontrolle über die Syphilispatienten und ihre Behandlung zu führen.

Verfasser hat auf den Schiffen folgendes System eingeführt:

Sobald ein Schiffssoldat als syphilitisch erkannt ist, wird er in eine Liste eingetragen und erhält die genauesten Instruktionen über den Charakter der Krankheit und die Behandlung derselben. Die Patienten werden auf die Nebenwirkungen des Quecksilbers aufmerksam gemacht und ihnen peinliche Pflege der Zähne und des Mundes ans Herz gelegt. Sie sollen sich, wenn es irgend angeht, zur Zeit des Bestehens von Syphiliserscheinungen zweimal täglich zur ärztlichen Untersuchung vorstellen, jedenfalls geschieht es einmal täglich des Morgens. In die erwähnte Liste werden alle Krankheitserscheinungen wie die therapeutischen Mafsnahmen genau eingetragen. Geht ein Patient auf ein anderes Schiff über, so erhält der Arzt daselbst über die Krankheit und deren weitere Behandlung die nötigen Mitteilungen.

C. Berliner-Aachen.

Empfehlenswerte neuere Antisyphilitika, von Franz Weitlaner. (*Med. Blätter.* 1904. Nr. 24.) In der Einleitung dieses Artikels sagt W., es habe sich erwiesen, dafs die Injektionsmethode eine weitaus wirksamere sei gegenüber der Inunktion. Aber auch der interne Quecksilbergebrauch komme an Wirksamkeit den Quecksilbereinreibungen nahe. (Behauptungen, mit denen W. wohl ziemlich vereinzelt dastehen dürfte. D. Ref.) Er empfiehlt dann das Quecksilberresorbin, die Jod-

Digitized by Google

ferratose, das Jodipin und endlich zur Mundpflege die Kaliumchloricum-Zahnpaste, bringt also in dem Artikel nichts wesentlich Neues. *Putzler-Danzig.*

Quecksilber als Heilmittel bei gewissen Formen der Lebererkrankung, nebst Bemerkungen über die Diagnose der Lues ex juvantibus, von O. Rosenbach-Berlin, und **Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz**, von G. Klemperer-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1904. Nr. 6.) Rosenbach, der die spezifische Wirkung des Quecksilbers und des Jods als eine Legende bezeichnet, der aber anderseits wieder das Quecksilber bei fieberhaften Lebererkrankungen anerkannt wissen will, gerade wenn Lues auszuschliefsen ist, greift mit grofser Genugtuung den Fall von Lipmann heraus, wo bei einer Leberentzündung durch Sublimatinjektionen schnell eine günstige Wendung herbeigeführt und wo dennoch Lues geleugnet wurde bezw. die Möglichkeit der Lues wurde ohne zwingenden Grund abgelehnt. Nun soll auf einmal dieser Fall ganz den Leitmotiven Rosenbachs angepafst werden, und auf Grund dieser mehr willkürlichen Negierung von Lues soll derselbe Fall nach R. glattweg darlegen, dafs das Quecksilber gerade eben auch mit Bezug auf die Anregung der Lebersekretion hier günstig wirkte — auch „ohne dafs Lues vorlag"; also das „ex juvantibus" soll ad absurdum geführt werden. Anders Klemperer, der als Herausgeber in seiner Bemerkung zu vorstehendem Aufsatz gegen diese mehr willkürlich und autokratisch angewendete Auffassung Rosenbachs Front macht. Klemperer führt den Fall von Israel an, wo auch erst *eine* syphilitische Infektion geleugnet und schliefslich bei dem operativen Eingehen doch der luetische Charakter der Leberaffektion erwiesen wurde; hier tat denn auch das Quecksilber seine Pflicht, und zwar im Sinne des alten „ex juvantibus".

Anderseits hat Klemperer gerade in letzter Zeit wieder Fälle von Leberschmerzen mit Schüttelfrösten beobachtet bei Nichtsyphilitischen, bei welchen Quecksilber völlig versagte, und bei welchen die Operation erwartetermafsen grofse Eiterherde in der Leber zeigte. „Warum hat denn immer gerade da, wo Syphilis fehlte, das Quecksilber seine wunderbare Heilwirkung auf Lebererkrankungen vermissen lassen? Warum hilft es denn auch niemals bei der nichtspezifischen Hepatitis interstitialis der Alkoholiker?" *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Zur merkuriellen Behandlung der Lues, von Th. Rybka. (Inaug.-Diss. Königsberg 1903.) Die Arbeit enthält nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

Über das numerische Verhalten der weifsen Blutkörperchen bei Syphilis während der Quecksilberperiode, Dissertation von Josef Paulin. (München. 1903. 34 S.) Vor Einleitung der spezifischen Behandlung überschreitet die Zahl der weifsen Blutkörperchen in allen Fällen nicht die Grenze des Normalen. Mit dem Beginn der antisyphilitischen Behandlung ist in allen Fällen ein Ansteigen der Zahl der Leukocyten wahrzunehmen, in den meisten Fällen wird hierbei die Grenze des Normalen überschritten. Die Vermehrung tritt meist nach der zweiten oder dritten Quecksilberinjektion ein, gelegentlich schon nach der ersten. In den Fällen, die längere Zeit untersucht werden konnten, bis zur Beendigung der antisyphilitischen Kur, war allmählich wieder die Rückkehr der Leukocytenzahl zur Norm zu beobachten. Die Lymphdrüsenschwellung wird durch die Quecksilbertherapie meist schon nach der ersten Injektion beeinflufst, es ist ein Rückgang der Schwellung zu bemerken. Das Verhalten der Lymphdrüsenschwellungen scheint von Einflufs zu sein auf die Schwankung in der Zahl der Leukocyten, indem mit der Abnahme der Schwellung regelmäfsig ein Ansteigen der Zahl der weifsen Blutkörperchen verbunden ist; in einzelnen Fällen, bei denen anfangs während der Therapie die Drüsenschwellung zunahm, war keine Vermehrung der Leukocyten nachweisbar. Bei der Rückkehr der Zahl der Leukocyten zur Norm gegen Ende der Quecksilbertherapie waren die Drüsenschwellungen verschwunden. *Fritz Loeb-München.*

Digitized by Google

Die Behandlung der Syphilis durch Kalomelinjektionen, von Edmund Werner. (Inaugural-Dissertation. Berlin 1903.) Die strikteste Indikation für die Anwendung der Kalomelinjektionen bilden nach den Erfahrungen des Verfassers alle Fälle von schwerer Syphilis resp. von galoppierender Syphilis, bei welcher erfahrungsgemäfs andere Hg-Kuren keine genügende Wirkung erzielen, ferner Fälle von frühzeitiger Hirnerkrankung auf syphilitischer Basis, bei denen es auf ein möglichst schnelles Eingreifen ankommt, damit schwerere Folgeerscheinungen vermieden werden; dann Fälle von sehr heftiger Iritis syphilitica, um eine dauernde Schädigung der Sehkraft zu verhüten. *Fritz Loeb-München.*

Über den Wert des Hermophenyls bei Syphilis, von S. Opatiezky. (*Orvosi-Hetilap.* 1903. Nr. 29.) Verfasser verwendete das Hermophenyl als 2°/oige und 4°/oige wässerige Lösungen zu intramuskulären Einspritzungen bei 25 Syphilitikern in verschiedenen Stadien. In fast allen Fällen war das Resultat nach drei- bis vierwöchentlicher Hermophenylbehandlung resultatlos, so dafs schliefslich zu anderen Behandlungsmethoden gegriffen werden mufste. Diese Resultate bestätigen nicht die darin gesetzten Hoffnungen anderer Autoren und beweisen wieder einmal, dafs ein Präparat synthetisch günstig zusammengesetzt sein, dessen chemische Eigenschaften können auch die günstigsten sein, dessen klinischer Wert doch von anderen Faktoren abhängig ist, und wider alles Erwarten auf das Minimum sich reduzieren kann. *A. Alpár-Alexandria.*

Über perkutane Einverleibung von Jodpräparaten bei Syphilis, von Lipschütz-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 28.) In einer vorläufigen Mitteilung berichtet Verfasser über die perkutane Anwendung eines neuen, leicht resorbierbaren Jodpräparates, Jothion, bei drei Fällen von tertiärer Lues. Es wurden täglich abwechselnd verschiedene Körperstellen mit 2 ccm des Präparates 3—4 Minuten lang eingepinselt, im ganzen wurden 25—30 Einpinselungen gemacht. Es erfolgte in allen drei Fällen Heilung der Gummata, welche lokal entweder überhaupt nicht oder nur mit Borvaselin behandelt wurden. Zeichen von Jodismus sind kaum aufgetreten. Jod im Harn konnte mehrere Stunden nach der Pinselung nachgewiesen werden. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Verschiedenes.

Dr. Carl Berliner †.

Wir haben unseren Lesern die traurige Mitteilung von dem plötzlichen Ableben unseres geschätzten Mitarbeiters und Freundes, des Herrn **Dr. Berliner-Aachen** zu machen. Derselbe wurde aus einer befriedigenden, praktischen und wissenschaftlichen Tätigkeit und einem glücklichen Familienleben am 1. Januar 1905 im Alter von nur 48 Jahren plötzlich durch einen Schlagflufs abberufen.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Die Redaktion.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

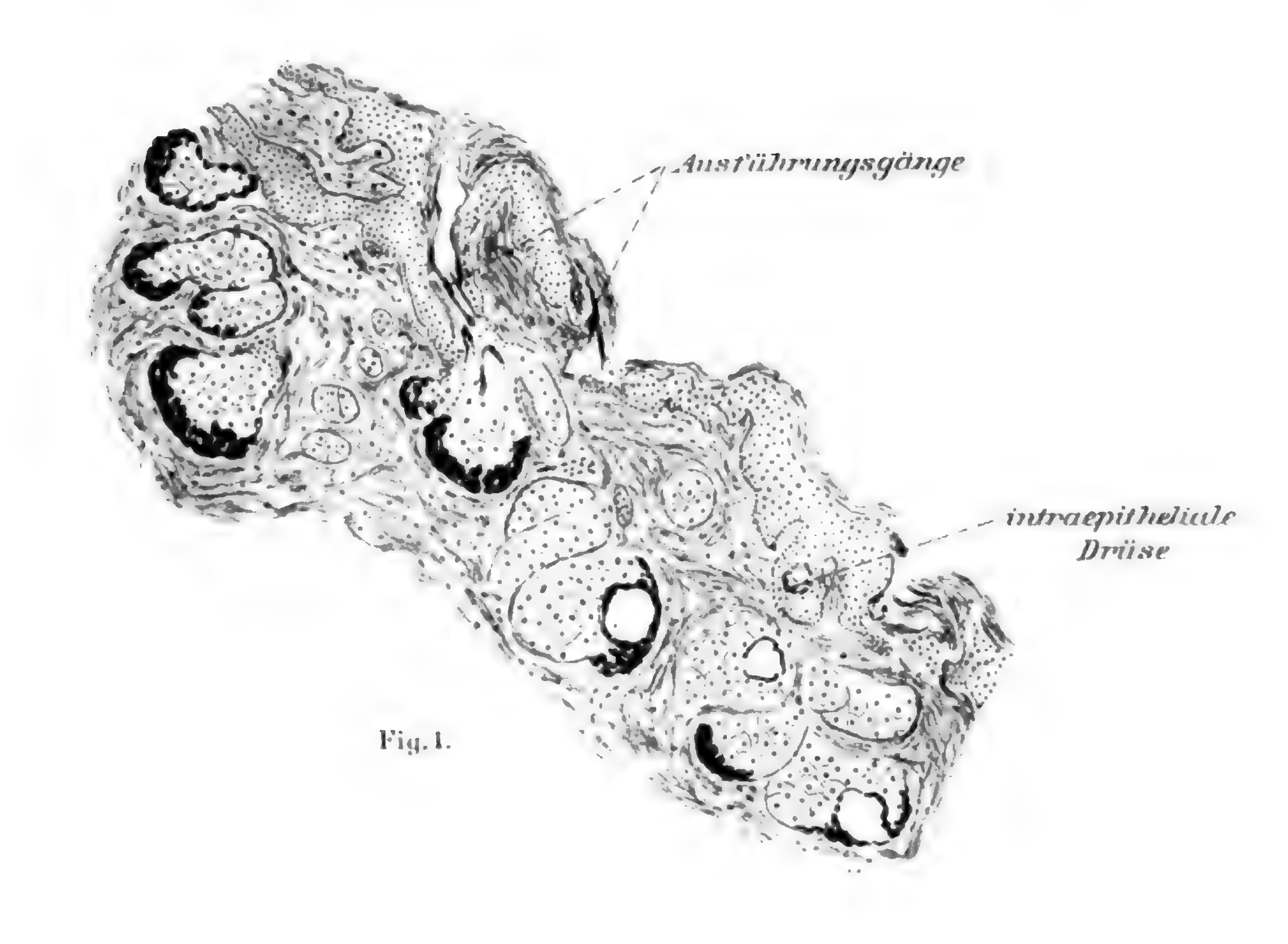


Fig. 1.

Fig. 2.

Jadassohn del.

Leopold Voss

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. №. 3. 1. Februar 1905.

Über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum und Anthrasol.

Mitteilung von

Prof. A. Mibelli.

Trotz der steten Fortschritte der Hauttherapie, sowohl in bezug auf die Behandlungsmethoden, als auf die reichliche Auswahl an Heilmitteln, ist es bis jetzt noch nicht gelungen, zahlreiche Übelstände zu beseitigen oder auch nur in beträchtlicher Weise zu vermindern, welche mit der Behandlung von Hautkrankheiten verbunden sind, besonders wenn die letzteren über gröſsere Bezirke der Körperoberfläche verbreitet sind, und welche dem Patienten sowie seiner Umgebung Unannehmlichkeiten der verschiedensten Art bereiten. Die Grundlage der äuſseren pharmakologischen Behandlung der Dermatosen bleibt nämlich immer noch die Einreibung mit fetten Körpern. Glaubte sich doch einer der gröſsten Autoritäten auf dem Gebiete der Dermatotherapie zu dem Ausspruche berechtigt: „Bene curat qui bene unguit",[1] welcher den Grundsatz der dermatologischen Praxis bilde.

Bei allem Reichtume an alten und neuen Präparaten und trotz der Vervollkommnung der Zubereitungstechnik bleiben als unentbehrliche Medikamente in der Dermatotherapie eine Menge von Substanzen, deren Anwendung mehr oder weniger ekelhaft ist, sei es wegen ihrer Farbe, ihres Geruches oder wegen der Beschädigung der Wäsche.

Unter diesen Substanzen nehmen die Teerpräparate den ersten Rang ein, und zwar als sogenannte Reduktionsmittel, die zu den wirksamsten und energischsten der externen Therapie der Hautkrankheiten gehören.

Ich will mich hier keineswegs mit den mannigfaltigen therapeutischen Eigenschaften des Teers und dessen Indikationen beschäftigen, sondern nur betonen, daſs sich durch eine passende Anwendungsweise desselben seine Wirksamkeit nicht unbeträchtlich erhöhen läſst. Obwohl nämlich

[1] Unna, Unguentum caseini, eine neue Salbengrundlage. *Dtsch. Med.-Ztg.* 1895.

Digitized by Google

die einfachste und meist auch leichteste Anwendungsform die klassische Salbe ist, läfst sich der Teer unter gewissen Umständen vorteilhaft unter der Gestalt von Glycerolaten, Pasten, Kollodium,[2] Leim oder Salbenleim verordnen, wie dies seit verschiedenen Jahren in meiner Klinik zu geschehen pflegt.[3] Sehr schwierig war es bisher, den Teer als wirksamen Bestandteil von Bädern oder feuchten Umschlägen, die sich doch in gewissen Fällen so nützlich zeigen würden, zu verwenden. Bis zu den letzten Jahren wurde nämlich das sogenannte Teerbad, das seine Indikationen als Antipruriginosum und zur Unterstützung der Psoriasisbehandlung finden, in höchst unvollkommener Weise verabreicht, so zwar, dafs es die Benennung eines Bades eigentlich gar nicht verdiente. Nach Abwaschen mit Seifenwasser wurde nämlich die Hautoberfläche an den befallenen Körperteilen mit einem der üblichen Teerpräparate angestrichen: Oleum fagi, betullae oder besonders Oleum cadinum. Dann wurde der so eingeschmierte Patient in ein Bad gelegt, wo er je nach den besonderen Indikationen mehr oder weniger lange verblieb. Das von Leistikow vorgeschlagene Teerbad ist zwar etwas vervollkommneter, bleibt aber im Prinzip dasselbe. Leistikow[4] bedient sich nämlich des aus fossiler Kohle bereiteten Teers, da derselbe wirksamer als der von pflanzlicher Abstammung ist. Sein Teerfirnifs besteht aus:

Teer	3	Teile
Alkohol (95 %)	2	„
Äther	1	„

Damit läfst er die zu behandelnden Stellen einpinseln. Nach dem Eintrocknen des Firnisses läfst er den Patienten ins Bad legen (eine halbe Stunde oder länger).

So viel mir bekannt, war Balzer der einzige, der uns eine Formel zur Bereitung eines wirklichen Teerbades hinterlassen hat. Er versuchte zuerst das Oleum cadinum mit gelatinöser Kaliseife zu emulsionieren und zwar in den folgenden Verhältnissen:

Oleum cadinum	10	Teile
Gelatinöse Kaliseife	5	„
Wasser	10	„

Diese Emulsion mufs im Augenblicke des Gebrauches heftig umgerührt, sodann in einen Kübel heifsen Wassers gegossen werden und erst

[2] Gewöhnliches Kollodium (Fournier, *Journ. d. mal. cut. et syph.*, 1895, S. 189) oder Acetonkollodium nach Gaucher (O. Ramond, De l'emploi d'un collodion à l'huile de cade dans les affections de la peau. *Thèse de Paris*, 1897).

[3] Pelagatti, Über Salbenleime. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899. Bd. 28, S. 92.

[4] Leistikow, Therapie der Hautkrankheiten. 1897. S. 5.

da nach gehörigem Vermischen mit dem letzteren kann es zum eigentlichen Badewasser gegossen werden.[5]

Späterhin hat dann Balzer die Bereitung seines Teerbades bedeutend verbessert, und zwar in folgender Weise:

Oleum cadinum	50
1 Eigelb	
Flüssiges Quillajaextrakt	10
Wasser	250.[6]

Diese Zusammensetzung ist in der Tat viel praktischer und einfacher, indem sie eine dauerhafte Emulsion liefert, die sich mit dem Badewasser gut vermischt und es auch während der ganzen Dauer des Bades bleibt. Nach den Erfahrungen in meiner Klinik mit den beiden Formeln von Balzer kann ich jedoch versichern, daſs man noch einfacher verfahren kann und dabei eine Mischung bekommt, die sich unbegrenzt lange erhält, und auſserdem eine viel ausgedehntere Anwendung des Präparates erlaubt. Die Formel ist folgende:

Oleum cadinum	67,00
Kolophonium	11,10
20proz. Sodalösung[7]	21,90.

Man erhält auf diese Weise ein dichtes homogenes Gemisch von dunkelbrauner Farbe, das sich mit Wasser in jedem beliebigen Verhältnisse leicht mischt. 100 g dieser Emulsion genügen in manchen Fällen schon zu einem wirksamen Bade. 150 g bilden die von Balzer gewöhnlich verwendete Dosis.[8]

Der gröſste Vorteil dieses Präparates besteht jedoch in dem Umstande, daſs es sich in noch höheren Konzentrationen und mit geringeren Quantitäten Wasser vermischen läſst, ohne sich zu verändern. Macht man 10,5 Pfd. 2%ige Mischungen, so erhält man eine homogene Flüssigkeit, in welcher der Teer vollkommen emulsioniert bleibt und die sich ausgezeichnet zu Waschungen, mehr oder weniger langen Bädern eignet, sowie zu feuchten Umschlägen, die beliebig lange an Ort und Stelle verweilen oder erneuert werden können. Nach meiner Erfahrung ist gerade die letztere die wichtigste Eigenschaft des Präparates, indem man damit sofort eine Flüssigkeit zubereiten kann, die sich nicht verändert und sich nach Art einer Salbe auftragen läſst, ohne aber die Unannehmlichkeiten der Teersalbe aufzuweisen.

---

[5] Balzer und Monsseaux, Traitement du psoriasis par les grands bains à l'huile de cade. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1905. S. 1105.

[6] Balzer und Schimpff, Emploi des bains à l'huile de cade dans le traitement du psoriasis. *Bull. de Thérapeut* 1901. Bd. 140, S. 729.

[7] Soda 3,06, H_2O 18,84.

[8] *Ann. de Derm. et de Syph.* 1903. S. 160.

Digitized by Google

Im Verlaufe der letzten paar Monate habe ich öfters Gelegenheit gehabt, die Wirksamkeit der oben beschriebenen Mischung als Vollbad oder als Umschläge zu konstatieren, und zwar hauptsächlich in bezug auf ihre antipruriginösen Eigenschaften. Unter der Form von Umschlägen bei Affektionen des Haarbodens und der Gliedmafsen, speziell der Hände, wirkt das Präparat reduzierend und keratolytisch, und zwar in höherem Grade als Glycerolate, Leime und Kollodiummischungen. Besonders bei zwei Patienten meiner Klinik, welche mit rezidivierenden, bullösen Dermatosen der Vorderarme und Hände behaftet waren (DUHRINGsche Dermatose oder bullöses, polymorphes Erythem?) hat sich das Präparat bewährt. Diese beiden Fälle zeigten nämlich in bezug auf Symptomatologie, Verlauf und subjektive Erscheinungen grofse Analogien mit denjenigen, von denen BALZER neulich erklärt hatte, dafs sie sich bedeutend gebessert hatten unter der Teerbehandlung sowohl in Gestalt von Salben als von Teeremulsionen in Vollbädern.[9]

Durch diese günstigen Resultate ermuntert, habe ich die Mischung auch mit einem anderen Präparate prüfen wollen, nämlich mit dem Anthrasol, welches neulich wegen seiner Analogien mit dem Teer in die Dermatotherapie eingeführt worden. Nun läfst sich dasselbe ganz in denselben Verhältnissen emulsionieren wie der Teer. Mischt man nun die 67%ige Anthrasol-Grundlösung mit Wasser in der Weise, dafs man 5- oder 2%ige Lösungen erhält, so gewinnt man bei stetem Umrühren eine homogene, rahmweifse, schön aussehende, milchartige Flüssigkeit, die sich ganz wie die oben beschriebene Teermischung verwenden läfst.

Meine Erfahrungen mit der Anthrasolsalbe sind nicht reichhaltig genug, dafs ich mich zu der Behauptung versteigen dürfte, das Präparat entspreche allen in dasselbe gesetzten Erwartungen.[10] Ich will nur betonen, dafs es als Antipruriginosum in den meisten Fällen rasch und dauerhaft wirkt. Auch in der Gestalt von feuchten Umschlägen in Konzentrationen von 2 und 3% hat es mir sehr empfehlenswerte Erfolge geliefert bei lokalisiertem, chronischem Ekzem als austrocknendes, reduzierendes und keratoplastisches Agens. Man darf mit Vertrauen die Experimente fortsetzen und wird gewifs sehr befriedigende Resultate erzielen, indem man sowohl das Anthrasol allein oder in Verbindung mit anderen Substanzen anwendet, die seine Wirkung unterstützen, ohne dabei das Zustandekommen einer vollkommenen und stabilen Emulsion im geringsten zu stören.

---

[9] BALZER und GAUCHERY, *Ann. d. Derm. et de Syph.* 1903. S. 241. — BALZER und FAURE-BEAULIEU, Ibid. 1903. S. 155.

[10] SACK, Über die Erfahrungen mit dem neuen Anthrasolpräparat. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 37, S. 497.

Ich will das Ziel dieser meiner Arbeit als erreicht betrachten, wenn ich die Aufmerksamkeit der Praktiker auf die Tatsache gerichtet habe, daſs sich die feuchten Applikationen des Teers in Gestalt von Oleum cadinum bei verschiedenen Dermatosen als sehr nützlich erwiesen haben. Dies gilt besonders von jenen bullösen Formen, die sich mit anderen Mitteln nur schwer behandeln lassen.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1905.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. ROSCHER demonstriert ein junges Mädchen, welches kurz vor dem Ausbruch der **Syphilis** von einer **Paraplegie der Beine** befallen worden war, welche im Laufe der Quecksilberkur allmählich wieder schwand bis auf Schwäche in der linken unteren Extremität. Durch genaue neurologische Untersuchung ergab sich, daſs die Lähmung funktionell (auf hysterischer Basis), nicht durch einen syphilitischen Herd im Rückenmark bedingt sei.

Diskussion: Gegen die Auffassung der Lähmung als hysterisch wendet sich KROMAYER, während LESSER das Fehlen aller für organische Nervenaffektion sprechenden Symptome hervorhebt.

BLOCH findet, daſs die von der Kranken gezeigten Symptome weder für myelitische noch für peripherisch-neuritische Veränderungen, sondern nur für hysterische Gehstörungen sprechen.

2. ROSCHER demonstriert eine junge Frau, die am 20. November an Kopfschmerzen, Ohrensausen und acht Tage darauf an Facialis- und Abducenslähmung der rechten Seite erkrankt ist. Die **Menièreschen Symptome** gingen unter antisyphilitischer Behandlung fort, die VII-Lähmung besteht noch. Es wird als Ursache eine **syphilitische Periostitis in der Gegend des Porus acusticus internus** angenommen, die den VI., VII. und VIII. Hirnnerven betroffen hat.

3. ROSCHER demonstriert einen ca. 45jährigen Mann, welcher vor einigen Monaten **wuchernde Plaques** am rechten Bein gezeigt hatte, die einer ursprünglichen Blaseneruption gefolgt waren. Die Diagnose ist von einer Anzahl hervorragender Dermatologen auf dem internationalen Dermatologenkongreſs auf Mykosis fungoides gestellt worden. Nach Schwund der Wucherungen hat sich aber die Grundlage als ein **Lichen ruber verrucosus** herausgestellt. Vielleicht hat es sich bei den vegetierenden Plaques um eine Mischinfektion gehandelt.

Diskussion: LESSER zieht ähnliche Fälle von COLCOTT FOX und CROCKER heran, sowie eine eigene Beobachtung an einem Kinde.

STOCK teilt mit, daſs JADASSOHN bereits auf dem Kongreſs die Erkrankung als Lichen ruber angesprochen habe.

KROMAYER hat sich ebenfalls bereits auf dem Kongreſs gegen die Annahme einer Mykosis fungoides ausgesprochen.

Digitized by Google

Rosenthal erinnert an den von ihm auf dem Kongreſs als Lichen ruber gezeigten Fall, welcher von anderer Seite als Psoriasis oder als Mykosis fungoides angesprochen wurde.

4. Bloch demonstriert einen 23jährigen Mann, der vier Wochen nach Beginn einer Blennorrhoe schwere nervöse Symptome darbot: Urinretention ohne Drang, mit Harnträufeln, Zuckungen und Lähmung der Beine, namentlich links, Mangel der Erektionen des Gliedes (die in den ersten Wochen des Trippers recht stark gewesen sind), Schmerz im linken, weniger im rechten Ischiadicus, Reflexsteigerung besonders links, Sensibilitätsstörungen hinten (Ischiadicus) und vorn (Cruralis) im Bein. Rascher Rückgang der Erscheinungen bis zu einem gewissen Grade. Die Diagnose lautet: **Myelitischer Herd im Dorsalmark**, der besonders die linken Seitenstränge betroffen hat.

Diskussion: Lipman-Wulf hält genaue Kenntnis des Urins für wichtig für die Entscheidung, ob es sich bei den Blasensymptomen nicht um eine Urethritis posterior mit Retention gehandelt habe. Alle übrigen Symptome könnten die Folgen peripherischer Neuritis sein. Auch Rosenthal beansprucht genaueren Harnbefund.

Heller hebt die Schwierigkeit hervor, einen so kleinen myelitischen Herd sich vorzustellen, daſs nur einseitige Störungen resultierten.

5. Baum demonstriert eine 27jährige Frau mit nekrotischen, teils frischen, teils älteren Läsionen und Narben von solchen (z. T. Keloid) am linken Arm. Eine einfache artefizielle Entstehung hält er für unwahrscheinlich und nimmt eine, dem bekannten Falle Kreibichs ähnliche **leichte Reaktionsfähigkeit auf geringe Reize** an. Er vergleicht die Lädierbarkeit mit derjenigen bei Epidermolysis bullosa hereditaria. Urtikarielles Reizphänomen fehlt.

Diskussion: Rosenthal findet, daſs die ausschlieſsliche Lokalisation am linken Arm die artefizielle Entstehung der Läsionen sehr wahrscheinlich macht.

Pinkus hält nach dem Aussehen der Veränderungen sie für artefizielle Veränderungen durch scharfe Ätzmittel.

Kromayer hält die Möglichkeit einer exzessiven Empfindlichkeit gegen leichte Reize für sehr groſs. Er erwähnt einen Fall von Pemphigus conjunctivae (Symblepharon), der an der Haut keinen Pemphigus, aber eine Neigung zeigte, auf ganz geringe Reize mit Nekrosen zu reagieren. In diesem Fall war die Entstehung als roter Fleck, der alsbald weiſs wurde mit rotem Serum und in Nekrose überging, genau zu beobachten. Mikroskopisch fand sich nur der Schorf, aber nicht die erwarteten Thromben der ernährenden Gefäſse in der Tiefe.

Lesser mahnt zur Vorsicht in der Annahme anderer als einfacher äuſserer Ursachen. Die Aufdeckung des Betruges ist oft sehr schwer.

Wechselmann rät groſse Vorsicht und genaue Beobachtung an, um Betrug auszuschlieſsen.

Baum hält an seiner Ansicht fest, da er auf ganz leichte Reize (am Rande des Verbandes, angeblich nur durch die Reibung der Verbandränder) die Nekrosen entstehen sah. Er betrachtet die Entstehungsbedingungen der Nekrosen als die Folge einer gesteigerten Reizbarkeit, eines Miſsverhältnisses zwischen Ursache und Wirkung.

6. Hoffmann demonstriert einen Mann, welcher im September an Ulcus molle gangraenosum der Lippe und Zunge (durch Cunnilingus infiziert) gelitten hat (Demonstration auf dem internationalen Dermatologenkongreſs); an den ulcerierten Stellen entstanden einige Wochen danach Primäraffekte, gefolgt von regionären indolenten Drüsen. Schmierkur. Seit kurzem ist ein primäraffektähnlicher Herd am linken Ellenbogen entstanden, gefolgt von Lymphstrang und Schwellung einer Cubitaldrüse. Es handelt sich um eine **solitäre, indurierte Papel**. Vortragender geht auf

Digitized by Google

die Wichtigkeit derartiger, einem Primäraffekt ähnlicher Efflorescenzen ein für supponierte Fälle, in welchen ähnliche Ausbrüche eine Ausnahme vom COLLESschen Gesetz vortäuschen könnten.

Diskussion: PINKUS berichtet einen ähnlichen Fall, in dem ein Jahr nach der genitalen, von Drüsen usw. gefolgten Sklerose (in der Charité behandelt) zwei genitale, ebenfalls ganz sklerosenähnliche Bildungen sich einstellten, begleitet von indolenten, inguinalen Drüsen und gefolgt von gruppiertem Exanthem. Er geht auf die Wichtigkeit ein, welche derartige Erfahrungen für die Frage der Reinfectio syphilitica haben müssen.

ROSENTHAL rechnet diese Befunde in das Gebiet von Syphilis und Reizung. Das Moment der Reizung ist die Ursache der Induration und der Ergriffenheit der Lymphbahnen.

7. HEUCK demonstriert einen Mann mit **indurativer Plaque im Penis**, im Gefolge eines Traumas bei der Kohabitation; er berichtet von einem zweiten Fall, in dem zwei derartige Bildungen sich entwickelt hatten. Die traumatische Veranlassung ist durch den Fall von GALEWSKY und HÜBENER bewiesen, in welchem bei einem Patienten, der von ihnen mit Erfolg an einer indurativen Plaque operiert worden war, an der Stelle des Gummischnürrings für die lokale Blutleere sich eine neue, ringförmige Plaque ausbildete.

8. PINKUS demonstrierte das Bild eines eigentümlichen Wiederwuchses auf einem Herde von **Alopecia areata**. Zentrum und ein peripherischer Saum blieben zunächst kahl, ein Stück vom Rande entfernt entstand aber ein allmählich sich nach innen und nach aufsen verbreiternder Ring neuer Haare.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17./30. Dezember 1904.

Originalbericht von Dr. ARTH. JORDAN-Moskau.

1. METSCHERSKI stellte eine 32jährige Frau mit **Lupus erythematodes und Dermatitis papillaris capillitii (KAPOSI)** vor. Aufser dem Lupus des Gesichts und des Kopfes findet sich noch am Nacken eine zirka silberrubelgrofse, keloidartige Hautpartie, auf welcher einzelne Büschel hypertrophischer Haare spriefsen. Diese Büschel enthalten bald mehr, bald weniger, jedoch bis zu 25 Haare.

2. KÜSEL führte einen Kranken mit **Podogra cutis** vor, wie solche von POSPELOW beschrieben worden ist, und die sich als Dermatitis mit bläulichroten Ulcerationen auf den Unterschenkeln präsentiert. Am rechten Ohr des schon in der Genesung befindlichen Kranken findet sich ein Gichtknoten.

Diskussion: POSPELOW bemerkt hierzu, es wäre wünschenswert, diesen Gichtknoten zu exstirpieren und auf Salze zu untersuchen.

3. KÜSEL zeigte den schon früher demonstrierten Fall von **Tuberculosis verrucosa** des linken Handrückens, bei dem durch Auskratzungen Heilung erzielt worden ist.

4. RESCHETILLO stellte drei Fälle von **Epitheliomen** vor, welche durch Röntgenstrahlen zum Schwinden gebracht worden sind. In allen drei Fällen handelte es sich um langjährigen Bestand der Epitheliome, welche ihren Sitz hatten: in dem einen Fall auf der linken Stirnhälfte (40jährige Frau), in dem anderen am inneren rechten Augenwinkel (53jähriger Mann) und in dem dritten Fall (55jähriger Mann) am inneren linken Augenwinkel mit Ausstrahlung auf den linken Nasenflügel. In allen drei Fällen trat der Erfolg nach Röntgenisation sehr schnell, schon nach zwei Monaten oder nach zirka im ganzen 2—3stündlicher Bestrahlung ein. Es mufs jedoch bemerkt werden, dafs in zwei Fällen vorher das betreffende Ulcus rodens mit FINSENschem Licht, sei

Digitized by Google

es mit dem eigentlichen Finsen-Apparat, sei es mit dem von Lortet und Genoud oder Finsen-Reyn, bestrahlt worden war. Auch unter dieser Behandlung waren Besserungen zustande gekommen, die aber alsbaldigem, neuem Zerfall Platz gemacht hatten, so daſs die X-Strahlen in Anwendung gezogen wurden. Bei dem 53jährigen Mann ist auſserdem schon früher eine Exstirpation des Ulcus rodens vorgenommen worden, welche aber zu einem Rezidiv geführt hatte, das auch zur Behandlung nach Finsen Anlaſs gegeben hatte.

Diskussion: Fokin fragt, welche Schluſsfolgerungen der Vortragende zieht.

Reschetillo erwidert, daſs er sich noch nicht berechtigt sieht, irgendwelche Schlüsse zu ziehen, da die Beobachtungszeit eine zu kurze ist.

Pospelow glaubt, daſs Rezidive wahrscheinlich sind.

Metscherski schlieſst sich dieser Annahme an.

Reschetillo bemerkt, seine bisherigen Versuche zeigten ihm, daſs die Röntgenstrahlen verborgene Krebsnester in der Umgebung des klinisch sichtbaren Epithelioms aufdecken.

Fokin kann diese Wirkung voll bestätigen und noch dahin erweitern, daſs diese bei der Behandlung erscheinenden Krebsinselchen ganz besonders hartnäckig sind. Er kann über fünf Krebsbeobachtungen berichten, wo die Röntgenstrahlen einen geradezu glänzenden Erfolg zeitigten. In drei dieser fünf Fälle darf man von einer völligen Heilung sprechen, da im Laufe von 1—2½jähriger Beobachtung kein Rezidiv erfolgt ist. Dieses Resultat wurde aber erst nach sehr langer, zirka halbjähriger Behandlung erreicht. Ferner muſste bei dem einen Fall, weil die Behandlung dem Kranken zu lange dauerte, ein während der Röntgenbestrahlung hervorgetretenes Krebsinselchen exstirpiert werden, welches bei mikroskopischer Untersuchung das typische Bild eines Epithelioms aufwies. Endlich muſs bemerkt werden, daſs zuweilen Verbrennungen zustande kamen, welche eine Unterbrechung der Behandlung nötig machten.

Ustinow bemerkt zu dem Gesagten, dann handelte es sich also in dem einen Fall um eine kombinierte Behandlung.

Fokin gibt das zu, meint aber, daſs es nur auf Wunsch des Patienten geschah, daſs aber wohl auch dieses kleine Knötchen schlieſslich durch Röntgenstrahlen zum Schwinden gebracht worden wäre.

Reschetillo wendet bei solchen kleinen Herden mit Erfolg ganz kleine Röhren an, welche direkt angelegt werden können.

Scharkewitsch-Scharskinski ist der Ansicht, daſs in den Reschetilloschen Fällen der schnelle Erfolg wohl auf die vorbereitende Finsensche Behandlung zurückzuführen ist.

Reschetillo gibt diese Möglichkeit zu.

Orlow rät, bei Epitheliomen überhaupt eine kombinierte Behandlung vorzunehmen, zuerst auszukratzen und dann mit Röntgenstrahlen zu behandeln.

Pospelow stimmt dem bei, äuſsert aber seine Bedenken, ob es den Kranken gefallen wird, welche die schmerzlose Behandlung vorziehen.

Fokin hat auch Versuche bei Lupösen und bei Scrophuloderma mit Röntgenstrahlen gemacht, ist aber von dem Resultat nicht befriedigt worden.

Sokolow erkundigt sich nach dem Haarausfall infolge der Röntgenbestrahlung.

Reschetillo erwidert, derselbe trat anfangs rapid auf, um dann später nachzulassen.

Pospelow erinnert an den von ihm vorgestellten Fall von Dermatitis und Haarausfall nach Röntgenbestrahlung. Wie er noch unlängst sich überzeugen konnte, sind die Haare wieder gewachsen. Vor kurzem hat er einen Fall gesehen, wo nach Röntgenisation tiefe Ulcera aufgetreten waren, so daſs er zur Vorsicht bei dieser Behandlung rät.

Digitized by Google

5. Sokolow demonstriert einen 32jährigen Mann mit **Phalangitis gummosa.** Patient hat vor 4½ Jahren Lues akquiriert und mehr oder weniger die ganze Zeit über Rezidive gehabt und sich behandeln lassen. Frühzeitig sind dann tertiäre Erscheinungen aufgetreten. Als Patient im Herbst d. J. die Moskauer dermatologische Klinik aufsuchte, befand er sich in einem desolaten Zustande: starke Abmagerung, vergröfserte Lymphdrüsen, gummöse Ulcera auf der Stirn und den Glutäen, Erkrankung unzähliger Gelenke und verschiedener Knochen, so Phalangitis gummosa. Alle diese Erscheinungen sind in der Klinik unter der Pospelowschen kombinierten Behandlung von subcutanen Arsenikinjektionen bei grofsen Dosen Jodkalium zurückgegangen resp. geschwunden. Sokolow empfiehlt diese Behandlung zur Nachprüfung bei körperlich herabgekommenen Syphilitikern.

Diskussion: Shiwult fragt, ob es nicht bei den grofsen Joddosen zu Albuminurie kommt.

Sokolow verneint es für diesen Fall.

Fokin fragt, ob sich Anhaltspunkte für eine Ursache dieser schweren Lues finden.

Sokolow verneint Alkoholismus und Tuberkulose und glaubt, als Ursache die schwierigen Berufsverhältnisse ansehen zu müssen.

Fokin macht darauf aufmerksam, dafs einige Luetiker nicht die geringsten Besserungen nach Einreibungen zeigen, aber nach Injektionen sich prompt bessern.

Orlow bestätigt die günstige Wirkung der Arsen-Jodkaliumbehandlung in zwei Fällen schwerer Lues.

Pospelow sieht in seiner Methode nichts Besonderes, betont aber auf Grund vieler Beobachtungen die Tatsache, dafs unter derselben die Kranken sich von neuem beleben und langdauernde syphilitische Erscheinungen zum Schwinden gebracht werden können. Was die Albuminurie anbetrifft, so kommt dieselbe vor, ist aber nach seiner Erfahrung keine unbedingte Kontraindikation, da er sogar in einem Fall unzweifelhafter Albuminurie bei vorsichtigem Jodgebrauch zu einem guten Resultat führen kann.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

November 1904.

Über behaarte Menschen, von E. Roth-Halle a. S. Neuerdings mehren sich scheinbar die Fälle, in denen abnorm behaarte Menschen die Aufmerksamkeit wissenschaftlicher Kreise auf sich ziehen. Aber auch aus früheren Jahrhunderten sind Beispiele solcher Individuen überliefert worden. So findet sich in den Beiträgen für die Zergliederungskunst von H. F. Jocuflaum und J. C. Rosenmöller (II. 1801) die Beschreibung einer besonderen Beschaffenheit der Haut und der Haare eines Knaben von Rosenmöller. Gleich bei der Geburt war die Haut schwarz gefleckt, später wurde sie behaart. Vom Nacken an über die Schultern und den ganzen Rücken hinab bis ungefähr 3½ Zoll von dem Anfange der Hinterbacken hat die Haut eine ganz eigene Beschaffenheit. Sie ist nämlich von blafsbrauner Farbe und mit kleinen schwärzlich-grauen Flecken hier und da besetzt. Die Oberhaut fühlt sich hier weicher und fettiger an, sie ist nicht so gespannt, sondern runzlicher und die Einschnitte und Linien in derselben sind tiefer und weiter voneinander entfernt. Diese Stelle ist über den ganzen Rücken mit ziemlich steifen, silberfarbenen, ins Gelbe fallenden oder weifs-

Digitized by Google

blonden, den Kopfhaaren völlig ähnlichen Haaren besetzt, welche dicht stehen und halben Zoll lang sind. Die Richtung derselben ist die, dafs sie von der Gegend der Schulter an divergierend sich gegen das Rückgrat hin erstrecken. In der Mitte des Rückens sind sie am längsten und dichtesten. Einzelne kleine Haargruppen befinden sich auch an der Steifsgegend, den Schenkeln und Beinen, während sich an der Vorderseite des Körpers nur wenige haarige Flecken befinden und in den Achseln und den Geschlechtsteilen keine Haare zeigen.

Im Anschlufs an die Beschreibung dieses Falles befindet sich die Aufzählung der gesamten Literatur über Haarmenschen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 11.

Die Epitheliomatosis pigmentosa, Unnascher Typus; Seemannshautcarcinom, von Dalous und Constantin-Toulouse. Die Verfasser teilen im ganzen die Auffassung Unnas über diese Krankheitsform, halten aber die Bezeichnung Seemannscarcinom nicht für umfassend genug, weil einesteils nicht alle Tumoren krebsigen Charakter zeigen, anderenteils nicht nur Seeleute von der Krankheit befallen werden. Sie ziehen deshalb die Bezeichnung „Epitheliomatose pigmentaire“ mit dem Zusatz „Type de Unna“, womit Besnier das Xeroderma pigmentosum belegt hatte, vor.

Den Kern der Abhandlung bildet eine ausführlich berichtete Krankengeschichte, bei deren Besprechung die Verfasser das Xeroderma pigmentosum verum, das Seemannscarcinom und das Xeroderma pigmentosum tardivum gegeneinander abgrenzen.

Neurofibromatosis generalisata mit Molluscum pendulum der rechten Gesichtshälfte und Ptosis des Ohres, von Benaky-Smyrna. Der 40jährige C. V., von Beruf Kellner, bietet eine Reihe auffallender Erscheinungen.

Die rechte Ohrmuschel ist hypertrophiert und nach abwärts gesunken, so zwar, dafs der äufsere Gehörgang am Unterkieferwinkel sitzt. Auch die Haut der rechten Wange hat die Verbindung mit ihrer Unterlage eingebüfst und hängt beutelförmig nach abwärts. In ihrem Gewebe sind zwei Knoten fühlbar, deren einer haselnufsgrofs, hart, fibrös, auf Druck schmerzlos, deren zweiter hühnereigrofs und sehr empfindlich ist. Das Gehör ist rechterseits stark herabgesetzt.

Des weiteren finden sich auf dem Nacken, der linken Hals- und Gesichtshälfte etwa 50 kleine, fibromatöse Knötchen von Linsengröfse. Der übrige Körper ist ebenfalls von kleinen Tumoren von Stecknadelkopf- bis Wallnufsgröfse bedeckt. Diese Geschwülste, etwa 100 an der Zahl, liegen in der Cutis und sind zumeist halbkreisförmig. Nur auf der Höhe des Steifsbeins befindet sich ein apfelsinengrofser, leicht beweglicher Tumor, zwecks dessen Entfernung, da er ihn sehr störte, Patient das Krankenhaus aufgesucht hatte. Bei einer Probepunktion wurde eine gröfsere Menge Blut entleert, das sich infolge eines voraufgegangenen Traumas angesammelt hatte. Da der ebenfalls fibröse Tumor sich nun wesentlich verkleinert und wieder die Gröfse erreicht hatte, in der Patient ihn schon seit vielen Jahren kannte, so verweigerte letzterer jeden weiteren Eingriff. — Einige der Fibrome safsen auf oberflächlich verlaufenden Nerven.

Eine dritte Abnormität bilden Naevi pigmentosi und Naevi vasculares; erstere sind punktförmig, bis zweimarkstückgrofs, letztere linsengrofs. — Von weiteren pathologischen Veränderungen verdienen noch verschiedene Abweichungen und Asymmetrien des knöchernen Skeletts Erwähnungen. — Der Allgemeinzustand des Patienten ist durchaus befriedigend, er klagt nur über leichte Ermüdung. Patient gibt an, die genannten Tumoren usw. schon immer gehabt zu haben, sie hätten nur mit den Jahren

Digitized by Google

an Gröfse und Umfang zugenommen. Kein weiteres Familienmitglied sei in ähnlicher Weise erkrankt; Syphilis habe er nie gehabt.

Ein Fall von Adenoma sebaceum Balzer; Sektionsbefund, von Pelagatti-Parma. Die Krankengeschichte, die früher schon in Italien ausführlich veröffentlicht wurde, wird hier nur kurz wiederholt. Der Patient, der mit 24 Jahren an Lungen- und Darmtuberkulose starb, war von Hause aus imbezill, epileptisch und zeigte zu beiden Seiten der Nase das Adenoma sebaceum Balzer, bestehend aus dichtgedrängten, rundlichen, harten, schmerzlosen Knötchen von Hanfkorn- bis Linsengröfse. — Bei der Autopsie fand sich am Herzen ein Rhabdomyom, an den Nieren, unter der leicht abziehbaren Kapsel, zahlreiche, elastisch derbe Knoten von Hanfkorn- bis Haselnufsgröfse und an der Hirnrinde der Zustand der tuberösen Sklerose der Neuroglia.

Verfasser betrachtet alle diese Veränderungen als koordiniert, als Begleiterscheinungen einer noch unbekannten embryonalen Entwicklungsstörung. Er stützt seine Ansicht durch den Hinweis, dafs die meisten Fälle von Adenoma sebaceum Balzer sich unter den Idioten und Schwachsinnigen finden, dafs die tuberöse Hirnsklerose ein häufiger Befund der Idiotie ist und ein Drittel aller Fälle von den beschriebenen kleinen Nierentumoren begleitet wird. Mit Sicherheit aber schliefst Verfasser aus dem Sektionsbefund, dafs das Adenoma sebaceum Balzer gar kein Adenom, sondern eine angeborene Mifsbildung der Haut, ein Naevus sebaceus ist, denn die kleinen Knötchen bestehen aus hypertrophierten und hyperplasierten Talgdrüsen mit normalem und normal arbeitendem Epitheliom.

Die Beziehungen von Pagets Disease zur hereditären Syphilis, von G. Etienne-Nancy. Lannelongue hatte zuerst die Vermutung ausgesprochen, dafs die Pagetsche Krankheit eine besondere Form der Heredosyphilis sei. Demgegenüber hatte Fournier das Bedenken geäufsert, dafs bis jetzt noch keine Fälle vorlägen, in denen Syphilis bei einem mit Pagets Disease Behafteten oder bei seinen Eltern unzweifelhaft nachgewiesen sei. Diese Lücke sucht E. auszufüllen, indem er aufser auf verschiedene andere Fälle aus der Literatur auch auf einen von ihm selber schon früher veröffentlichten hinweist. Hier bestand bei einem sechsjährigen Kinde aufser ungeheurer Auftreibung beider Tibien ein grofses tertiärsyphilitisches Geschwür auf dem rechten Unterschenkel. Diese Veränderungen waren vor drei Jahren, ungefähr gleichzeitig mit einer Keratitis, aufgetreten; vorher hatte das Kind laufen können. Die Mutter ist tot, ein Bruder ist an Meningitis gestorben, eine Schwester leidet an Psoriasis. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 22.

Die Veränderungen der Virulenz und die Chirurgie der Harnorgane, von Guyon. Klinische Eröffnungsvorlesung, in der G. die Veränderungen in der Virulenz der Mikroorganismen bespricht, die Bedingungen schildert, unter welchen die Mikrobien der Harnorgane Krankheiten erzeugen oder Komplikationen bereits bestehender Krankheiten hervorrufen können, und die Mafsnahmen angibt, durch die wir die pathogene Wirksamkeit dieser Bakterien zu verhüten oder wieder zu beseitigen imstande sind. Neues bringt der Vortrag nicht.

Heft 23.

1. **Die Rolle der Drüsen der Urethra bei den perinealen Eiterungen,** von Jean Escat-Marseille. Motz und Bartrina haben in einer Arbeit über „die perinealen Abscesse und diffusen Phlegmone urethralen Ursprungs" (*Ann. génito-urin.* 1903. Nr. 21) nachzuweisen versucht, dafs die periurethralen und perinealen Eiterungen fast immer

Digitized by Google

durch Entzündungen und Eiterungen periurethraler Drüsen veranlafst sind. Nun hat E., nachdem er schon vor mehreren Jahren aufser den krankhaften Veränderungen dieser Drüsen noch andere Ursachen für die Periurethritiden und Harninfiltrationen angegeben hat, die bei akuten und chronischen Harnröhrenentzündungen vorkommenden Drüsenaffektionen klinisch und anatomisch studiert, um ihre Bedeutung für die peri. nealen Eiterungen genau abgrenzen zu können; die Ergebnisse seiner Untersuchungen fafst er in folgenden Schlufssätzen zusammen:

1. Die Infektionen der periurethralen Drüsen sind eine konstante, in ihrer Entwicklung aber durchaus wechselnde Begleiterscheinung der akuten und chronischen Urethritiden. Ihre Bedeutung für das Zustandekommen der perinealen Abscesse und der Periurethritis überhaupt ist verschieden, je nachdem die Harnröhre nur an akuter Blennorrhoe erkrankt ist oder die bei und nach chronischer Urethritis auftretenden anatomischen Veränderungen und sekundären Infektionen aufweist. Die Erkrankungen der periurethralen Drüsen geben wohl eine Erklärung für die Mehrzahl der bei akuter Urethritis vorkommenden periurethralen Eiterungen, nicht aber für alle Formen von Periurethritis, welche die chronische Harnröhrenentzündung komplizieren können; mit der Pathogenese der nach inneren und äufseren Verletzungen der Urethra auftretenden perinealen Eiterungen haben sie überhaupt nichts zu tun.

2. Bei der akuten blennorrhoischen Urethritis können in der ganzen Ausdehnung der Schleimhaut periurethrale Drüsenabscesse auftreten. Die Mehrzahl dieser Drüsenherde, nämlich die Abscesse der Littréschen Drüsen der Pars bulbosa und cavernosa und die Abscesse der Cowperschen Drüsen und der Prostata, können perineale Eiterungen zur Folge haben. Dagegen scheinen bei akuter Blennorrhoe perineale Abscesse, ausgehend von erkrankten Littréschen Drüsen der Pars membranacea, nicht vorzukommen. Wahrscheinlich weil kein spongiöses Schwellgewebe vorhanden ist, kommt es an dieser Stelle weniger leicht zu Störungen in den Drüsen; überdies scheint die Muscularis ihre Entleerung zu begünstigen.

3. Die nichtblennorrhoische akute Urethritis kann zu Abscessen der Prostata und zu Hodenentzündungen führen; oft ist sie nur Symptom einer primären Prostatitis. Die durch Katheterisierung hervorgerufene akute Urethritis bei Kranken ohne Harnröhrenstriktur, die insbesondere bei Prostatikern vorkommt, führt häufig zu eitrigen Entzündungen der Prostata und der Hoden. Fälle von Cowperitis, Folliculitis und perinealer Abscesse hat E. bei nicht blennorrhoisch erkrankter Urethra niemals beobachtet. — Ein Verweilkatheter kann ausnahmsweise, indem er die Entzündung von Drüsen oder eine traumatische Geschwürsbildung verursacht, zu periurethralen Eiterungen Veranlassung geben.

Weitaus die meisten Periurethritiden, und zwar sowohl sklerotische wie eitrige und gangränöse, kommen bei Leuten mit chronischer Urethritis und Harnröhrenstriktur vor. Sicher können auch bei chronischer Harnröhrenentzündung Drüsenerkrankungen den Ausgangspunkt eines periurethritischen Herdes bilden; aber diese Drüsenerkrankungen genügen allein nicht, um die periurethralen Eiterungen zu erklären, eine viel gröfsere ätiologische Bedeutung noch haben die Veränderungen des spongiösen Gewebes, die Strikturen, Stauungen, Thrombosen und Phlebitiden und die sekundären Infektionen. — Bei diffuser, gangränösen Periurethritiden ist es weder klinisch noch anatomisch möglich, den Ausgangspunkt der perinealen Eiterung festzustellen. Das Studium nicht allzuweit vorgeschrittener Fälle von chronischer Urethritis zeigt:

1. Dafs der infektiöse endo-periurethrale Prozefs diffuse Ausbreitung hat, und dafs die kleinzellige Infiltration subepithelial, periglandulär und extraglandulär ist; die periurethrale Infektion kann von einer Drüse oder von irgendeinem Punkte der veränderten Schleimhaut ausgehen.

Digitized by Google

2. Die Entwicklung der Sklerose zerstört die Drüsen im Bereiche der Striktur. Aber trotz des Verschwindens der Drüsen und ihrer Ausführungsgänge kann es zur Eiterung und Gangrän der verengten Partien kommen, und die Mikrobien können in die periurethrale Region eindringen.

3. Die Harnabscesse finden sich deswegen am häufigsten am Perineum, sowie am vorderen oberen Teile des Skrotums und der benachbarten Partie des Penis, weil die Harnröhrenstrikturen gewöhnlich in dem Teil der Urethra ihren Sitz haben, der diesen Regionen entspricht. Die Stauungen in der Urethra, die bei jeder chronischen Urethritis vorkommen, sind zumeist in der Pars membranacea am stärksten.

4. Die sklerosierte, starre, deformierte Urethra ist einem schlecht drainierten Abscesse vergleichbar, die in ihr vorhandenen Bakterien können durch die Harnröhrenwand hindurchdringen und periurethrale Abscesse hervorrufen; sie können diese Wand auch direkt zerstören. Von dem benachbarten Darm aus können Natur und Wirksamkeit der Mikrobien der Harnröhre verändert werden.

5. Die nach inneren oder äufseren Verletzungen der Urethra auftretenden perinealen Eiterungen zeigen gleich einem Experiment das Zustandekommen der Periurethritiden bei verengter Harnröhre, sie lassen insbesondere als wichtigste Ursache die septische Infektion einer in ihrer Widerstandsfähigkeit beeinträchtigten Urethra erkennen. Zur Erklärung der perinealen Eiterungen nach traumatischen Harnröhrenstrikturen bedarf es keiner Drüsenerkrankungen, die direkte Wirkung der Mikrobien einerseits, die Risse in der Harnröhrenwand und der durch die Lymphräume und die neu entstandenen Kapillaren gebildete Weg anderseits genügen, um eine Periurethritis zu erzeugen.

6. Die Verhältnisse bei den in der Umgebung anderer Harnorgane auftretenden Infektionen, bei den Pericystitiden, Periureteritiden und Perinephritiden, sowie auch die Verhältnisse bei den Läsionen des Verdauungsapparates sprechen mit Bestimmtheit dagegen, dafs die Periurethritiden ausschliefslich aus Veränderungen der periurethralen Drüsen hervorgehen.

7. Aus der Entwicklung der urethralen und periurethralen Tuberkeln läfst sich kein Schlufs auf die pathologische Anatomie und den Mechanismus der Periurethritiden bei verengter Harnröhre ziehen.

Zur Erklärung der perinealen Eiterungen bei verengter Harnröhre bedarf es

1. der ganzen Reihenfolge der durch blennorrhoische Infektion erzeugten Schleimhautveränderungen, und

2. der Wirkung der zu diesen Veränderungen hinzutretenden sekundären Infektionen.

2. **Beschreibung, Funktion und Vorteile des graduierten intravesikalen Harnsegregators**, von Eugène Boddaert-Gand. Der Harnsegregator B.s hat im geschlossenen Zustande Form und Krümmung eines Metallkatheters und eine Stärke, die der Nr. 22 der Charrièreschen Skala entspricht. Der innere Teil, der in die Blase zu liegen kommt, ist mit einer abnehmbaren Gummihülse überzogen und besteht aus einer oberen soliden und einer unteren kettenförmigen, von einzelnen kleinen Gliedern gebildeten Branche; diese, deren Glieder gelenkig miteinander verbunden sind, befinde sich, wenn das Instrument geschlossen ist, im Innern der oberen Branche; sie wölbt sich, wenn eine am äufseren Ende befindliche, mit einer Graduierung versehene Schraubenvorrichtung entsprechend gedacht wird, nach unten vor und spannt dabei die Gummihülse an, so dafs eine feste Scheidewand entsteht. Die Katheter sind zu beiden Seiten wie beim Cathelinschen Segregator angebracht. Der Apparat wird geschlossen in die Blase, deren Kapazität vorher bestimmt worden ist, eingeführt; dann wird die Scheidewand zur Entfaltung gebracht und das Ganze vorsichtig und langsam

so weit zurückgezogen, bis man den Widerstand des Blasenhalses fühlt; der Grad der Krümmung der Kettenbranche wird im einzelnen Falle nach der jeweiligen Gröfse der Blasenkapazität bemessen. — Der Apparat hat vor dem Luysschen Segregator den Vorzug, dafs er graduiert ist und dafs er sich grofsen und kleinen Harnblasen vollständig anpafst, da ja der Kettenbranche nach Bedürfnis eine gröfsere oder kleinere Krümmung gegeben werden kann; aufserdem übt die Kette bei weitem keinen so starken Druck auf die Blase aus wie der solide, katheterförmige, innere Teil des Luysschen Instruments. Gegenüber dem Cathelinschen hat der neue Segregator den Vorteil, dafs die Scheidewand viel verlässiger und sicherer ist. Überdies läfst er sich viel leichter einführen als die genannten beiden Apparate. Die Gummihülse ist fest mit dem Ganzen verbunden, so dafs sie beim Einführen des Instruments nicht zerreifsen kann, wie das beim Lambotteschen Segregator vorkommt.

Götz-München.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1904. Heft 11.

1. **Ein Wort zur Frage von der Heilbarkeit der Tabes,** von Leredde. Nach L.s Überzeugung beweisen all die Fälle von Tabes und progressiver Paralyse, die erfolglos mit Hg behandelt worden sind, nichts gegen die Heilbarkeit der Tabes und Paralyse, dagegen entscheiden die zur Heilung gebrachten Fälle, deren schon eine ganze Reihe veröffentlicht worden ist, die Frage in positivem Sinne. Wenn insbesondere von seiten der Neurologen behauptet wird, dafs die geheilten Fälle nicht wirkliche Tabes und Paralyse, sondern Pseudotabes und Pseudoparalyse gewesen seien, so folgt daraus nur, dafs jeder Kranke, der die Zeichen einer Tabes oder einer Paralyse aufweist, energisch mit Quecksilber behandelt werden mufs; denn die klinischen Symptome der geheilten und deswegen als Pseudotabes und Pseudoparalyse angesprochenen Fälle sind genau die gleichen wie die echter Tabes und Paralyse, die Unterscheidung wird nur auf Grund des Erfolges oder Mifserfolges der Behandlung gemacht. — Um die Frage von der Heilbarkeit der Tabes und der Paralyse wissenschaftlich zu entscheiden, ist es nach L. in erster Linie nötig, zu erforschen, ob die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit bei Tabikern und Paralytikern durch intensive Quecksilberbehandlung beseitigt werden kann. Bisher ist das nicht gelungen; aber die Fälle, in denen die Einwirkung der spezifischen Therapie auf die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit studiert worden ist, waren entweder veraltete Fälle oder es wurde keine „intensive“ Quecksilberbehandlung vorgenommen, wie L. sie versteht und fordert. Eine „intensive“ Merkurialisation in seinem Sinne ist nur durch Injektionen löslicher Quecksilbersalze in grofsen Dosen (0,02—0,035 Hg pro die) erreichbar, nicht aber durch Injektionen von Kalomel und Oleum cinereum, die wohl intensiv, aber nicht kontinuirlich wirken, weil die Resorption des Quecksilbers nicht gleichmäfsig vor sich geht; sie genügen daher für sklerotische Syphiliserscheinungen, wie z. B. die Leukoplakie der Zunge, nicht.

2. **Antwort an Herrn Dr. A. Blaschko auf seine Kritik meiner allgemeinen Auffassung der Hautkrankheiten**, von L. Brocq. Polemik gegen Blaschko, der im *Arch. f. Derm. u. Syph.* (Band 71, Heft 2 u. 3) über Brocqs „Allgemeine Auffassung der Hautkrankheiten“ ein durchaus absprechendes Urteil gefällt hat. Brocq will nachweisen, dafs seine Anschauungen von Blaschko verstümmelt und in ihrem Sinne verändert wiedergegeben und falsch verstanden und falsch erklärt wurden. Insbesondere ist es durchaus nicht richtig, dafs er sich, wie Blaschko es hinstellt, vollständig von der theoretischen Idee der Diathesen beherrschen lasse, und

Digitized by Google

daſs er dieser vorgefaſsten Idee alles anpassen wolle. Er ist sich der Schwächen seines hypothetischen Systems wohl bewuſst und hat in seinem Werke ausdrücklich betont, daſs er „die Theorie von den ‚Hautreaktionen‘ nur provisorisch, bis künftige Entdeckungen eine andere Klassifikation gestatten, auf die Pathogenese derjenigen Hauteruptionen inneren Ursprungs angewandt wissen will, die bisher nirgends untergebracht werden konnten.“ — Auf Einzelheiten der Polemik einzugehen, ist nicht der Platz. Nur zwei Beobachtungen, die Brocq als Beweis für das Alternieren von Hautaffektionen mit Krankheiten innerer Organe anführt, seien wiedergegeben. Der eine Fall betrifft eine 57jährige Frau mit Dyspepsie und Cardialgie und einem rezidivierenden chronischen Ekzem des Thorax: sobald das Ekzem verschwindet, werden die gastrischen Erscheinungen so heftig, daſs die Ernährung unmöglich wird; wenn das Ekzem wieder auftritt, funktioniert der Magen normal, und dieser Wechsel wiederholt sich seit Jahren „mit der Regelmäſsigkeit der Pendelbewegung“. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 34jährige Frau, die so lange eine prächtige Stimme besitzt, als am inneren oberen Teil ihrer Schenkel ein cirkumskripter Pruritus mit Licheninfikation besteht; sobald die Hautaffektion verschwindet, verschwindet auch die Stimme, und auch das wiederholt sich seit Jahren mit absoluter Regelmäſsigkeit.

3. **Dermatologischer Unterricht und dermatologische Praxis in Frankreich und Deutschland**, von Leredde. Mit anerkennenden Worten weist L. auf die hohe Entwicklungsstufe der medizinischen Wissenschaft und speziell der Dermatologie in Deutschland und die überaus rege und bedeutungsvolle wissenschaftliche Tätigkeit der deutschen Dermatologen hin und bespricht verschiedene in Frankreich herrschende Miſsstände, die hier einen erfolgreichen dermatologischen Unterricht und die Ausbildung einer genügenden Zahl von Dermatologen unmöglich machen. Er beklagt insbesondere die völlig unzureichende Zahl dermatologischer Professuren an den ohnedies nicht sehr zahlreichen französischen Universitäten und den fast völligen Mangel dermatologischer Privatkliniken, die gerade für die Wissenschaft verhängnisvolle Zentralisierung Frankreichs, die ein reges wissenschaftliches Leben an den Hochschulen in der Provinz unmöglich macht, den geringen Ehrgeiz und Schaffensdrang der französischen Studenten, den von vielen Seiten ausgeübten Widerstand gegen die Spezialisierung der Medizin, die schlechten veralteten Lehrpläne, die, diesem Widerstande Rechnung tragend, die Studenten nicht zum Studium der Spezialfächer und ihrer Therapeutik verpflichten, die mangelhafte praktische Ausbildung der Mediziner und endlich die ungenügende Zahl von Ärzten an den dermatologischen Kliniken, an denen die bei Hautkrankheiten so schwierige und wichtige örtliche Behandlung meist ohne ärztliche Aufsicht von Wärtern ausgeführt wird.

Götz-München.

La Syphilis.

Band II. Heft 11. November 1904.

I. **Vorlesung über Syphilographie.** Aus der Mittwochspoliklinik von Gaucher-Paris.

Am 4. Mai 1904 stellt G. vor: 1. Einen Fall von hereditärer Syphilis, es handelt sich um ein $2^1/_2$jähriges Kind mit Hydrocephalie, die Glieder sind miſsgestaltet und zeigen leichte Kontrakturen, Vorderarme und Beine sind gekrümmt, die Zähne sind krank. Therapeutisch empfiehlt G. Liquor van Swieten dreimal täglich zehn Tropfen und Jodkalium. 2. Einige Fälle zur Differentialdiagnose und zwar ein 15jähriges Mädchen mit einer gröſseren Ulceration der Nasenspitze, welcher zuerst an hereditäre

Digitized by Google

Lues erinnerte, es handelt sich um Lupus exulcerans mit charakteristischen Knötchen; ferner eine Frau, welche mit der Diagnose Lues geschickt wurde, während es sich um Lichen ruber planus handelt, und einen 48jährigen Mann mit einer Ulceration des Gaumensegels, welcher als Tuberkulose betrachtet worden war, es handelte sich jedoch um Syphilis und brachten neun Injektionen von Hydrargyrum benzoatum Heilung. 3. Syphilis bei einer Schwangeren, Schanker des rechten grofsen Labium, Drüsen. Die Behandlung besteht in Injektion löslicher Salze, man beginnt mit 2%igem Hydrarg. benzoat. täglich drei Wochen lang und gibt dann nach achttägiger Pause 15 Tage lang Sublimatpillen, dann setzt man die Injektionen fort und wechselt so während der ganzen Zeit der Schwangerschaft. 4. Zwei Fälle von syphilitischen Schankern bei Männern, ein Schanker des linken Labium bei einem Mädchen, ein papulo-squamöses Exanthem bei einem Patienten, der den schon geheilten Schanker gar nicht bemerkt hatte.

Am 11. Mai stellt G. vor: 1. Einen Fall von Leucoplacia lingualis bei einer Luetischen. 2. Einen Fall von Syphilis und Tuberkulose bei einer 61jährigen Frau, welcher sich bei antiluetischer Behandlung besserte.

Am 18. Mai kamen zur Besprechung: 1. Ein Fall von Alopecia syphilitica. 2. Eine Kranke, welche gleichzeitig Syphilis, Blennorrhoe und Scabies hat, erstere ist ganz frisch und zeigt Condylom ad anum et vaginam, die Haut zeigt ein Gemisch von Roseola luetica und Scabiesgängen. Die Anwesenheit von Gonokokken in der Urethra bewies das Vorhandensein einer Blennorrhoe. 3. Syphilis gummosa der Vulva bei einer 60jährigen Frau, welche vor zehn Jahren Syphilis erwarb, die zwei Jahre lang mit Hydrargyrumpillen behandelt wurde. Acht Jahre später zeigte sich an der Vulva ein Gumma. Schon heute ist nach einigen Injektionen von Hydrarg. benzoat. Besserung eingetreten. 4. Eine extragenitale Sklerose der Mamma mit konsekutivem papulo-squamösen Exanthem.

25. Mai 1904: 1. Erworbene Syphilis bei einem hereditär-luetischen Patienten, zeigt ulcerierte Gummata des Gaumensegels und des weichen Gaumens, ebenso am linken Oberschenkel und eine gummöse Periostitis der ersten linken Rippe. Unter Injektionen erfolgte Besserung. Daneben ist die Frau hereditär-luetisch, wie die Sattelnase zeigt. 2. Schankerartiges Syphilid, welches einen Primäraffekt vortäuscht; Patient war 1902 infiziert, hatte damals Primäraffekt und Sekundärerscheinungen. Es handelt sich jetzt eventuell um eine Reinfektion. 3. Myelitis syphilitica, welche sich schon wenige Monate nach der Infektion einstellte, beginnend mit heftigen Schmerzen in den Beinen und zur Paraplegia führte, es entstand zuerst Harnverhaltung, dann Incontinentia, das Gedächtnis schwand und es zeigten sich Geistesstörungen. Die Behandlung bestand in täglichen Injektionen von 2—3%igem Hydrarg. benzoat., daneben wurde innerlich Schwefel gegeben. 4. Allgemeine Paralyse, die Infektion erfolgte vor 14 Jahren, die intermittierende Behandlung dauerte drei Jahre, trotzdem trat vor drei Monaten Paralyse auf, welche meistens 15—18 Jahre nach der Infektion aufzutreten pflegt. Auch hier werden Injektionen gemacht, welche zuweilen Erfolg haben, während Jod in solchen Fällen völlig versagt.

1. Juni 1904: 1. Plaques muqueuses bei einem hereditär Luetischen von vier Jahren im Munde. 2. Ein Fall von papulösem kreisförmigen Syphilid bei einer Frau und ein papulöses Syphilid bei einem 16jährigen Mädchen, das beim ersten Geschlechtsakt sofort infiziert wurde. 3. Verschiedene Fälle von Primäraffektion, Zungenschanker, Schanker der Vulva, Schanker am Sulcus glandis. 4. Bei einem 16jährigen Mädchen zeigt sich am Körper eine Eruption von Papeln und Pusteln, Ulcerationen und Narben, welche vor sieben Monaten begannen, es ist zweifelhaft, ob es sich um Lues handelt, da eine antiluetische Kur ohne Einflufs war oder um Folliclis oder Acnitis tuberculosa.

Digitized by Google

5. Hydrargyrie der Haut, Arzneiexanthem nach Anwendung einer Merkur enthaltenen Pomade. 6. Drei Fälle von cerebraler Lues. 7. Zwei Fälle von Tabes auf luetischer Basis.

8. Juni 1904. GAUCHER stellt vor: 1. Einen Fall von pigmentärem Nackensyphilid (Leucoderma syphiliticum) bei einer Patientin, welche zugleich Iritis luetica hat, ferner 2. den schon vor acht Tagen vorgestellten Fall, an dem die Diagnose zwischen Lues und Tuberkulose schwankte. Die inzwischen ausgeführten Merkurinjektionen hatten Erfolg und befestigen somit die Diagnose Syphilis. 3. Einen Patienten mit zirkulärem papulösem Exanthem ohne jegliche sonstigen Erscheinungen von Syphilis, eine Probekur mit Injektionen war erfolglos, so daſs die Diagnose auf Tuberkulid gestellt wurde, welche sich auch bestätigt. 4. Eine Iritis bei einer alten Luetischen. Infektion vor acht Jahren, die aber nicht erkannt und daher nicht behandelt wurde. Fünf Jahre später zeigte sich in den letzten Monaten einer Schwangerschaft ein Gumma des Pharynx, welches unter Injektionskur heilte. Das Kind starb sieben Monate alt an Pneumonie. Im letzten Jahre neue Gravidität, während der ganzen Zeit wurde Patientin behandelt und gebar ein gesundes Kind. Jetzt hat die Frau eine Iritis des linken Auges, beiderseitige Atrophie der Papillae opticae, welche eine sehr energische Behandlung verlangen. 5. Eine bisher nicht diagnostizierte Syphilis bei einer Frau mit Effloreszenzen des linken Augenlids und Schulter in tuberkulo-gummöser Form. 6. Hemiplegie und Aphasie im Verlaufe einer allgemeinen Paralyse. 7. Eine trotz der Behandlung stets rezidivierende Lues, die seit sieben Jahren besteht. 8. Eine syphilitische Effloreszenz am Scrotum, wo die Diagnose zwischen Gumma oder Schanker zweifelhaft sein kann. 9. Einen Mann, bei dem sich zehn Jahre nach der Infektion trotz Behandlung Plaques muqueuses des Rachens zeigen. 10. Einen Neger mit Syphilis.

15. Juni 1904 stellt GAUCHER vor: 1. Eine 40jährige Frau mit polymorphem Erythem und Syphilis. 2. Eine Ozaena luetica bei einer 30jährigen Frau mit Perforation des Gaumensegels. 3. Eine Glossitis sclero-gummosa bei einem 47jährigen Mann, der 1882 infiziert wurde und gut behandelt wurde. 4. Zwei Patienten, bei denen gleichzeitig Schanker und floride Syphiliseffloreszenzen bestehen. 5. Einen Chancre double der Glans mit bestehender Phimose. 6. Einen Fall von Gehirn- und Rückenmarkssyphilis.

Am 22. Juni 1904 werden vorgestellt: 1. Ein Mann, bei welchem mehrere Schanker nacheinander an verschiedenen Stellen auftraten, bisher ist noch kein Exanthem gefolgt. 2. Einen ähnlichen Fall, wo dem Schanker des Penis ein weiterer der Unterlippe nach 14 Tagen folgte. 3. Einen Fall von Syphilis hereditaria tarda. 4. Eine Syphilis maligna praecox, bei dem Patienten entwickelte sich aus dem Schanker bald ein Gumma, ebenso zeigten sich gleichzeitig Sekundärerscheinungen und noch mehrere Gummata. 5. Eine Leucoplacia lingualis bei einem früher Luetischen.

II. **Die syphilitische Familie und deren Nachkommenschaft**, von BENJAMIN TARNOWSKY-St. Petersburg. (Fortsetzung.) T. berichtet weiter über die Beobachtungen, die sich auf die hereditäre Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation beziehen und gibt eine Reihe von 46 einwandsfreien Fällen an, welche von ihm und anderen Forschern veröffentlicht sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

Studien über die hereditäre Syphilis, II. Teil — **Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis**, von Carl Hochsinger. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1904.) Der zweite Teil der mit Rücksicht auf ihre Gründlichkeit und Reichhaltigkeit über alles Lob erhabenen Hochsingerschen „Studien über die hereditäre Syphilis" behandelt die Anomalien des Knochensystems, und zwar mit Ausschluſs der bei der hereditären Spätsyphilis vorkommenden. Eine sehr umfangreiche Einleitung gibt einen Abriſs der Physiologie des Knochenwachstums und der Geschichte der in Rede stehenden Anomalien, wobei die Literatur in erschöpfender Weise berücksichtigt wird. — Die Anatomie und Histologie umfassen die folgenden sieben Kapitel. Folgende Erkrankungsformen des Skeletts werden vom Verfasser unterschieden:

1. Wachstumsstörungen und Entzündungsvorgänge im Bereiche des Epiphysenknorpels.
2. Periostale hyperplastische Entzündungsprozesse.
3. Periostale und endostale Rarefikationsvorgänge.
4. Abnorme Markraumbildung innerhalb der knorpeligen und knöchernen Gebilde.
5. Exzesse im Bereiche der Knorpelverkalkung an den Epiphysenlinien.
6. Diffus entzündliche Zellproliferation von den endostalen Markräumen ausgehend.
7. Regressive Veränderungen des diffus erkrankten Knorpel- und Knochenmarks.
8. Eigentümliche Nekrosenvorgänge im Bereiche der Wucherungs- und Verkalkungszone des hyalinen Knorpels und der Zone der primären Markraumbildung.

Die klinisch-radioskopischen Betrachtungen und die Bewegungsstörungen bei der hereditären Syphilis werden in neun Kapiteln in denkbar ausführlichster Weise abgehandelt, wobei die Muskelerkrankungen, die Pseudoparalyse und die Gelenkveränderungen eingehend berücksichtigt werden.

Der äuſserst interessanten Frage über die Beziehungen der Syphilis zur Rhachitis sind einige weitere Kapitel gewidmet. Verfasser steht auf dem Standpunkte, daſs die Syphilis zu Rhachitis besonders disponiert, so daſs es unter den hereditär-luetischen Kindern mehr rhachitische gibt, als unter luesfreien. Die Rhachitis setzt bei luetischen Kindern früher ein, heilt aber schneller als bei nichtsyphilitischen, da sich die Fontanelle früher involviert, die Konsolidierung des Schädelskeletts rascher vollendet ist. — An diese Ausführungen schlieſsen sich Kapitel über das Schädelskelett hereditär-luetischer Kinder, den Hydrocephalus syphiliticus und die Frühaffektionen der Nase.

Der Inhalt aller Kapitel erschöpft das Thema, wird durch zahlreiche, in den Text gedruckte Abbildungen, darunter viele Röntgenbilder, und neun farbige Tafeln erläutert. Zweifellos werden die in ihrer Art einzig dastehenden Studien des unendlich fleiſsigen Verfassers über hereditäre Syphilis stets eine Fundgrube für alle Lernenden und Forschenden bilden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Klinik und Pathogenese des Pemphigus, von St. Weidenfeld-Wien. (Franz Deuticke, Wien 1904.) In der Einleitung des vorliegenden Werkes wird die Geschichte des Pemphigus und die seither über diese Krankheit erschienene Literatur eingehend erörtert. Die verschiedenen Ansichten der Autoren über die Ätiologie haben Verfasser bewogen, zur Klärung der Frage das groſse Wiener Material nach dieser Richtung hin zu studieren und eigene Versuche anzustellen. W. verfügt über 18 Fälle: 8 Pemphigus vulgaris, 4 Pemphigus serpiginosus, 5 Pemphigus foliaceus

Digitized by Google

und 1 Pemphigus vegetans. Die betreffenden Kranken standen monate- oder jahrelang in Behandlung, so dafs die Diagnose „Pemphigus" wohl einwandsfrei feststeht.

Was die Klinik des Pemphigus anlangt, so geht aus diesen Fällen hervor, dafs die Krankheit kein Lebensalter verschont (ein vierjähriges Kind). Der Beginn im Munde ist oft den schwersten und deletären Formen eigentümlich, was für die Prognose nicht unwichtig ist.

Fieber tritt verschieden auf. In vielen Fällen besteht Neigung zu Symmetrie, auch zeigen die Effloreszenzen die ausgesprochene Tendenz, sich an bestimmten Gegenden zu häufen. Oft gehen den Blasen Erytheme vorauf. Der durch Pemphigus verursachte Tod tritt unter ähnlichen Symptomen wie bei Verbrennung ein. Bei Zusammenfassung aller klinischen Tatsachen gewahrt man kein einziges, sicher die einzelnen Gruppen voneinander trennendes Symptom.

Bei seinen eigenen Untersuchungen über die Pathogenese des Pemphigus ging W. von folgender Beobachtung aus: Durch Anlegen einer Aderlafsbinde an einem an Pemphigus foliaceus leidenden Patienten liefs sich feststellen, dafs durch Stauung eine Exsudation erfolgen kann, welche die Epidermis abzuheben vermag. An Stellen, wo die Epidermis durchlässig ist, kommt es nicht zur Blasenbildung; deckte Verfasser solche Stellen mit impermeablem Stoffe zu, so trat schon nach kurzer Zeit Blasenbildung ein. Darauf gründet sich nun eine Reihe von Versuchen an den Pemphigusfällen der verschiedenen Gattungen. Es zeigte sich, dafs durch Druck bei einzelnen Fällen von Pemphigus Blasen erzeugt werden können, während bei anderen absolut keine Blasenbildung zustande kommt, und endlich in einer dritten Reihe bald Blasen entstanden, bald nicht. Es traten Blasen bei solchen Fällen auf, die unter der Form des Pemphigus vulgaris zusammengefafst werden, die anderen Formen reagierten nicht. Beim Pemphigus serpiginosus miliaris fällt der Druckversuch an schon von einer Eruption befallenen Stellen positiv, an anderen gesunden Stellen negativ aus. Die Blasen treten meist 18—24 Stunden unter Juck- oder Brenngefühl auf. In den Stadien der Besserung liefsen sich keine Blasen erzeugen; sobald aber der Gesamtzustand sich verschlechterte, konnten wieder auf Druck Blasen erzeugt werden. Verfasser erklärt dies durch das Verschwinden und Wiederauftauchen einer das Gefäfssystem schädigenden Noxe. Bei nicht Pemphiguskranken bildeten sich keine Blasen; es mufs also das Gefäfssystem der Haut bei den mit Pemphigus Behafteten durchlässiger sein.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde der Blaseninhalt bei neun Fällen (einem Pemphigus vegetans, zwei Pemphigus foliaceus, drei Pemphigus serpiginosus miliaris und drei Pemphigus vulgaris) einem genauen Studium unterworfen. Verfasser sog den Blaseninhalt an einer Stelle ab und injizierte ihn an einer anderen Stelle des betreffenden Patienten subepidermoidal resp. intracutan. Die ersten Versuche, um Blasen zu erzeugen, mifslangen offenbar wegen zu kurzen Verweilens des Blaseninhaltes im Gewebe. Um diesem zu begegnen, legte Verfasser gläserne Näpfchen auf die injizierte Stelle und fixierte sie. Es zeigte sich, dafs der Blaseninhalt von solchen Fällen, die auf Druck nicht mit künstlichen Blasen reagieren (Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans) injiziert, mit Sicherheit Blasen hervorrief; es mufs also in diesem ein wirksames Agens vorhanden sein, das die Blasenbildung hervorruft. Zur Injektion wurden stets Blasen mit reinem Serum verwandt.

In dem Rahmen einer kurzen Besprechung konnte natürlich auf die mit grofser Gründlichkeit und Sachkenntnis angestellten Versuche nur andeutungsweise eingegangen werden. Dieselben sind geeignet, der weiteren Erforschung des noch dunklen Leidens die Wege zu ebnen, und kann das Studium des Werkes jedem, der sich mit dieser Frage beschäftigt, nur angelegentlich empfohlen werden.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Meine Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen, von A. Neisser-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. S. 38 und 39.) Der gröfsere Teil dieser Arbeit ist bereits in *dieser Zeitschrift* (Bd. 39. Nr. 511) referiert. Verfasser berichtet weiterhin über Versuche an Schimpansen, Syphilis durch subcutane Einbringung syphilitischer Effloreszenzen zu erzeugen; die Versuche hatten kein positives Ergebnis, ebensowenig wie die subcutane Injektion von Blut eines frisch Syphilitischen. Auch beim Orang-Utang mifslang der Versuch einer Infektion auf diesem Wege; dagegen konnte beim Orang durch Einreiben einer Papel in skarifizierte Hautstellen eine Übertragung „mit gröfster Wahrscheinlichkeit" festgestellt werden. Bei einem Gibbon konnte eine typische, dem Verlauf der Syphilis beim Menschen analoge Krankheit durch Inokulation nicht erzeugt werden. Doch zeigten sich nach einer langen Inkubationszeit an den skarifizierten Hautstellen chronisch entzündliche Vorgänge mit schleichendem Verlauf, die nicht den Eindruck zufällig entstandener Prozesse machten eine Stelle am Penis erinnerte auffällig an ein typisches „induriertes Ödem". Die Drüsen waren geschwollen, und acht Monate nach der Inokulation traten an den Gelenken der vorderen Extremitäten hyperkeratotische papilläre Wucherungen auf, wie sie bei der menschlichen Syphilis nicht bekannt sind. Eine sechs bis sieben Monate nach der ersten Inokulation wiederholte, sehr energische Einreibung von Syphilisgift in die Haut hatte keinerlei weitere Erscheinungen im Gefolge. Neisser glaubt, trotz des abweichenden Verlaufes die syphilitische Natur der erzeugten Prozesse annehmen zu dürfen. Die Verschiedenheit von dem beim Menschen bekannten Verlauf finde vielleicht in der geringeren Verwandtschaft des Gibbon zum Menschen seine Erklärung. — Zum Schlusse stellt Neisser eine Reihe von Fragen auf, die bei einer weiteren Durchführung dieser Versuche an Affen einer Beantwortung zugänglich sind und deren Beantwortung einen grofsen Fortschritt für die theoretische und praktische Syphilidologie bedeuten würde. *A. Loewald-Kolmar.*

Über die diagnostische Bedeutung der Cerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis und den parasyphilitischen Affektionen, von Nobl-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 37—39.) Nach der Entwicklung und Ausbildung der Methode der Lumbalpunktion und des vielverheifsenden Verfahrens, den Spinalsack zur Einverleibung von Medikamenten zu benutzen (Rhachikokainisation, lumbale Kokain-Adrenalin-Anästhesie), ging man mit Eifer an das Studium der Cerebrospinalflüssigkeit selbst in chemischer, bakteriologischer und morphologischer Hinsicht. Bei diesen Untersuchungen, die namentlich von französischen Autoren angestellt worden sind, wurde eine Reihe interessanter und wertvoller Befunde erhoben, welche für die Diagnose und Therapie der verschiedensten Krankheiten noch vieles Nützliche in der Zukunft erhoffen läfst. Besonders ist die morphologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit, die Ermittlung des Zellenbefundes, geeignet, die Beziehungen, welche zwischen Syphilis und gewissen Hirn- und Rückenmarkserkrankungen bestehen, näher zu präzisieren. Während bei gesunden die Cerebrospinalflüssigkeit entweder gar keine zelligen Elemente oder höchstens nur ganz spärliche Lymphocyten enthält, sind bei

Digitized by Google

gewissen pathologischen Zuständen nicht nur polynukleäre Leukocyten, sondern auch oft reichliche Mengen von Lymphocyten zu finden. Es ist dieses der Fall bei den Zuständen, die mit einer Irritation oder entzündlichen Reizung der Meningen einhergehen, ferner bei Tabes, Paralyse und bei allen auf Syphilis beruhenden nervösen Alterationen. Eine pathologische Vermehrung der Lymphocyten ist schon dann vorhanden, wenn in einem Gesichtsfeld 3—4 zu beobachten sind; meist ist ihre Zahl jedoch eine viel gröfsere, sogar bis zu 150. Bei Meningitis tuberculosa finden wir eine Vermehrung der Lymphocyten, bei Lungenphthise, Typhus, Morbus Brightii u. a. ist eine solche nicht nachweisbar. Bei Tabes und Paralyse ist die Lymphocytose fast ausnahmslos von allen Forschern festgestellt worden. Diese Tatsache ist im Frühstadium der Paralyse und bei manchen auf Syphilis beruhenden Meningitiden von grofser differentialdiagnostischer Bedeutung. Bei anderen anatomischen und funktionellen Hirnerkrankungen ist eine Lymphocytose nicht festzustellen. Bei der Cephalea kann man durch den Nachweis der Lymphocyten den spezifischen, meningealen, luetischen Kopfschmerz von der anderen Form der Cephalea der Luetiker unterscheiden, welche nicht mit einer spezifischen Alteration des Nervensystems oder seiner Hüllen zusammenhängt. Aber nicht nur bei diffusen, spezifischen Gewebeläsionen, sondern auch bei den mehr lokalisierten syphilitischen Alterationen der Nervenbahnen bildet der Nachweis der Lymphocytose ein wichtiges diagnostisches Merkmal. In Fällen von isolierten syphilitischen Okulomotorius-, Trigeminus- und Facialislähmungen, von Neuritiden des Optikus, von peripheren und zentralen Nervenerscheinungen, welche im Verlauf der hereditären Lues auftreten, von einseitiger Ptosis mit syphilitischer Knochenentzündung kann die Lymphocytenreaktion nachgewiesen werden. In solchen Fällen vermag dieses cytodiagnostische Merkmal den klinischen Symptomen lange vorangehen und so eine frühzeitige und energische antisyphilitische Behandlung veranlassen. Da die Lymphocytose bei Syphilis stets an eine Nervenläsion gebunden ist, so ist es verständlich, dafs bei inveterierter Lues ohne Nervenerscheinungen keine Lymphocyten gefunden werden, und wenn sie gefunden werden, so mufs auf eine etwa übersehene Nervenläsion gefahndet werden. Bei rezenter Syphilis richtet sich der Nachweis der Lymphocyten und ihre Zahl nach der Schwere der syphilitischen Erscheinungen. Mit dem Abklingen der cutanen Eruption findet auch eine Abnahme bezw. ein Verschwinden der Zellen aus dem Cerebrospinalserum statt. Auch bei luetischen Teilerscheinungen, z. B. bei einigen Fällen von Iritis, ist es gelungen, Lymphocytose festzustellen. Das konstante und frühzeitige Vorkommen der Lymphocytose in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Tabes, Paralyse und den syphilitischen Nervenläsionen macht die Cytodiagnostik zu einem wertvollen Hilfsmittel in der Prophylaxe und der Therapie der parasyphilitischen Systemerkrankungen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Bietts Collarette und das Satellitten-Syphilid, von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Sept. 1904.) Verfasser weist an der Hand von Zeichnungen neuerdings auf ein paar beinahe in Vergessenheit geratene Erscheinungen von Hautsyphilis hin, welche ihm in diagnostischer Beziehung sehr wertvoll dünken. Erstere, von einem französischen Studenten, namens Biett, einem Schüler Cazenaves, zuerst genau beschriebene, ist eine im Sekundärstadium (2—4 Monate nach der Infektion) auftretende papuläre Eruption, deren einzelne Effloreszenzen, rund oder oval, nur die oberflächlichen Hautschichten treffen und überall am Körper, aufser an Handflächen und Fufssohlen, vorkommen; zum Unterschied von anderen Hauterscheinungen sind diese Papeln an einem weifslichen, scharf abgegrenzten, etwas über 1 mm breiten, glänzenden Schuppenring umgeben — daher der Name. Die ganze Affektion ist trocken und schmerzlos, zuweilen etwas juckend, von kurzer Dauer, um in einen Fleck (**Macula**) oder ein gefärbtes Pünktchen, entweder mit oder ohne Behandlung,

Digitized by Google

überzugehen. Während diese Art Ausschlag sehr häufig ist, kommt der zweitgenannte sehr selten zur Beobachtung; er besteht aus einem ausgedehnten, pustulösen, mit Krusten bedeckten Syphilid, d. h. aus einer Reihe von konzentrischen Ringen, welche von dicht aneinanderliegenden Pusteln zusammengesetzt sind und einen Durchmesser von 1—5 cm haben können. Dieses Syphilid kommt im späten Sekundärstadium, und zwar viel häufiger bei Männern wie Frauen vor und erfordert entsprechende Behandlung. Über eine spezielle Lokalisation dieses syphilitischen Ausschlages berichtet Verfasser nichts. *Stern-München.*

Die latente Nervensyphilis und die nervösen Merkmale der Syphilis. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 26.) Kurze Beschreibung der nervösen Erscheinungen, die bei Syphilitikern „isoliert", d. h. ohne wirkliche Erkrankung des Nervensystems oder vor einer solchen auftreten. Es sind das die bekannten Störungen der Pupillarreaktion und der Sehnenreflexe, das Babinskische Phänomen und die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit. Alle diese Symptome kommen sehr häufig schon in den ersten Stadien der Syphilis vor, sie sind aber dann vorübergehend, qualitativ und quantitativ veränderlich; sie sind zu dieser Zeit nur der Ausdruck für eine Reizung des Nervensystems und beweisen durchaus nicht, daſs späterhin syphilitische Erkrankungen der nervösen Apparate erfolgen werden. In späteren Stadien treten sie viel seltener auf, sind dann aber konstant und viel schwerer und stellen zumeist die ersten Symptome einer progressiven Paralyse oder Tabes dar. Störungen der Pupillarreaktion oder der Sehnenreflexe bei Syphilitikern, bei denen höchstens 15 Jahre seit der Infektion verflossen sind, erfordern nach Mantoux eine energische spezifische Behandlung, weil Paralyse oder Tabes zu befürchten steht; sind dagegen schon mehr als 15—20 Jahre seit Beginn der Krankheit vergangen, dann ist zumeist die Zeit der Paralyse und der Tabes schon vorüber, dann ist auch keine antiluetische Behandlung nötig, vorausgesetzt, daſs keine anderen syphilitischen Manifestationen vorhanden sind. *Götz-München.*

Doppelseitige Facialislähmung, Syphilis und schwere Hysterie, von Raymond. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 32 und 33.) Ausführliche Mitteilungen über eine 20jährige Patientin, bei der kurze Zeit nach einer Entbindung gleichzeitig mit sekundären Syphiliserscheinungen eine doppelseitige Facialislähmung, rechtsseitige Amaurose, Taubheit auf dem rechten Ohre, Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes auf der rechten Seite, absolute Anästhesie der rechten Kopf- und Gesichtshälfte, ohnmachtähnliche Erscheinungen, somnambule Anfälle, Hämaturesis und Hämoptoe auftraten. Von alledem war nur die Facialislähmung syphilitischer Natur, alle übrigen Symptome waren hysterische Manifestationen. *Götz-München.*

Über die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse, von Stanziale. (*Annali di Nevrologia.* 1904, Heft IV.) Unter 100 Paralytikern vermochte der Verfasser 70 mal vorausgegangene Lues nachzuweisen, bei 17 war diese Ätiologie zweifelhaft und bei den übrigen 13 war sie auszuschlieſsen. In ungefähr der Hälfte der als Syphilitiker erkannten Paralytiker figuriert die Lues als einziger ätiologischer Faktor; in der anderen Hälfte ist sie mit anderen prädisponierenden Ursachen verbunden (Heredität, Alkoholismus, venerische Exzesse, Traumen usw.). Entgegen der neuerdings wieder aufgetauchten Ansicht, daſs die progressive Paralyse einer antiluetischen Behandlung zugänglich ist, erklärt S. auf Grund seiner eigenen Untersuchungen, daſs Kalomelinjektionen bei Paralyse ohne jeden Erfolg bleiben (wie zu erwarten war!). *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von syphilitischer Neuritis der unteren Extremität, von Verrotti. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1904. Nr. 17.) In dem einen der beiden beschriebenen Fälle handelte es sich um eine Ischias, in dem anderen um eine Neu-

Digitized by Google

ritis oder vielmehr Polyneuritis im Gebiete des Cruralis, des Plexis sacralis und den Kollateralen des Ischiadicus; in beiden Fällen bestanden amyotrophische Störungen, und war besonders in dem letzteren die Neuritis eine vornehmlich motorische. Da Sensibilitätsstörungen fehlten, Knochen- und Gelenkläsionen keine vorhanden waren, konnte es sich nur um eine primäre Neuritis handeln. Über die spezifische Natur der Affektion konnte ferner in beiden Fällen ebenfalls kein Zweifel bestehen.

C. Müller-Genf.

Besteht ein anatomisches Unterscheidungsmerkmal zwischen Gehirnsyphilis und allgemeiner Paralyse? von E. de Pavlekovic-Kapolna. (*Thèse de Lausanne.* 1903.) Die fleifsige Arbeit, welche nicht weniger als 109 einschlägige Literaturangaben berücksichtigt und zitiert, führt Verfasser zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. Es läfst sich kein mikroskopisches Unterscheidungsmerkmal zwischen Gehirnsyphilis und allgemeiner Paralyse finden. 2. Bei der allgemeinen Paralyse besteht die konstanteste Veränderung in einer zelligen Infiltration der lymphatischen Umhüllung der kleinsten Rindengefäfse des Gehirns. 3. Diese Veränderung findet man sonst nur noch bei syphilitischen Psychosen. *Fritz Loeb-München.*

Die Psychosen bei Syphilitikern, von Angiolella und Galdi. (*Annali de Nevrologia.* Jahrg. XXII. Heft 3.) In den meisten von den Verfassern beschriebenen Fällen dieser Kategorie handelt es sich um Individuen, die hereditär belastet waren und selbst mehr oder weniger ausgesprochene Degenerations- und neuropathische Stigmata aufwiesen. Unter den hierbei konstatierten Formen von Psychosen herrscht die Verwirrtheit, mit Aufregungs- oder Depressionserscheinungen, mit oder ohne Sinnestäuschungen, wie sich dies bei den toxischen Psychosen zeigt, vor.

C. Müller-Genf.

Die Lungensyphilis. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 26.) Bemerkungen über Semiotik und Diagnose der Lungensyphilis. Die Diagnose ist um so schwieriger, weil die Lungensyphilis an sich klinisch nichts Charakteristisches oder Spezifisches darbietet; sie verläuft manchmal unter dem Bilde einer akuten Bronchopneumonie, manchmal unter dem Bilde einer chronischen Bronchitis; in seltenen Fällen tritt sie als Pleuritis in Erscheinung, zumeist aber gleicht sie durchaus der Lungentuberkulose, während anderseits Lungentuberkulose bei Syphilitikern sehr häufig ist. Sie tritt frühestens fünf Jahre, gewöhnlich erst 8—15 Jahre nach der Infektion auf, hat ihren Sitz häufig in den mittleren Partien der Lungen und befällt nicht selten nur eine Seite; das Allgemeinbefinden ist zumeist auch bei weit vorgeschrittenen Veränderungen der Lungen ein auffallend gutes, Fieber fehlt in den meisten Fällen, aber nicht immer. Die spezifische Behandlung ergibt in allen Fällen, in denen es bereits zur Sklerose gekommen ist, nur wenig Erfolg, in frischen Fällen dagegen führt sie zur völligen Heilung. *Götz-München.*

Arteriosklerose syphilitischen Ursprungs, von C. Travis Drennen-Hot Springs. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 10. Sept. 1904.) Die Syphilis kann, meint Verfasser, arteriosklerotische Zustände verursachen; es kommen aber auch andere Momente, wie Alkohol, Blei, Autointoxikation usw., in Betracht. Als eine Hauptquelle der Arteriosklerose sieht Verfasser die jahrelange Behandlung der Syphilis mit Quecksilber an.

A. Loewald-Kolmar.

Über die luetischen Affektionen der Papille und der Netzhaut, von Friedrich Schröpfer. (Inaug.-Diss. Leipzig 1903.) In Anbetracht der Symptome, die der vom Verfasser beschriebene Fall bot, und in Würdigung der Literaturangaben kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs man bei einer Augenhintergrunderkrankung, die an objektiven Symptomen eine diffuse grauliche Trübung der Netzhaut, welche in der unmittelbaren Umgebung der Gefäfse etwas dichter zu sein scheint, zeigt, die

Digitized by Google

ferner eine Hyperämie der Papille und verwachsene Papillargrenzen, vielleicht auch eine leichte Prominenz der Papille erkennen läfst, bei der man ferner eine zarte, staubartige Trübung des Glaskörpers feststellen kann, — dafs man bei diesem Symptomenkomplex in erster Linie an eine Retinitis syphilitica denken mufs.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Statistik der tertiären Syphilis, von Georg Lissauer. (Inaug.-Diss. Berlin 1903.) Als Endergebnis seiner Untersuchungen kommt Verfasser zu einer gröfseren Anzahl von negativen Schlufssätzen als zu positiven Resultaten für die Therapie. 1. Die Frequenz der tertiären Lues läfst sich nicht mit Sicherheit aus einem beliebig gegebenen Material zahlenmäfsig feststellen. Es ist vielmehr eine Sammelforschung zu diesem Zwecke erforderlich, welche a) die Zahl der Syphilitiker überhaupt festlegt, b) die verschiedenen Lokalisationen der tertiären Syphilis mehr berücksichtigt und in einer gemeinsamen Statistik zusammenfafst. Verfasser spricht die Ansicht aus, dafs die Verwertung der pathologisch-anatomischen Befunde am Leichenmaterial zu den wichtigsten Ergebnissen bezüglich der tertiären Lues führen würde. 2. Die Frequenz der tertiären Lues nach Art der Behandlung in der Frühperiode darf nicht in der Weise berechnet werden, dafs nur die Prozentsätze der verschiedenen Behandlungsquantität aus der gegebenen Zahl der tertiären Fälle herausgerechnet werden. Es müssen vielmehr die qualitativ und quantitativ gleichmäfsig behandelten Fälle sämtlich ausgelesen werden und berechnet werden, wieviel von jeder dieser Klassen dem Tertiarismus verfallen. 3. Bei der sub 2 geschilderten Berechnungsart verwischen sich die Unterschiede zwischen behandelter und unbehandelter Lues in aufserordentlich starker Weise. In dem Material des Verfassers wiesen unter der gleichen Anzahl chronisch-intermittierend resp. rein symptomatisch behandelter Syphilitiker die ersteren nur ein Drittel soviel tertiäre Lues auf wie letztere.

Fritz Loeb-München.

Syphilis haemorrhagica neonatorum, von Hess. (*Arch. of Pediatrics.* Aug. 1904.) Nach Schilderung der in der Literatur zerstreut mitgeteilten Fälle kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die spontane Hämorrhagie der Neugeborenen ist entweder direkt eine Folge der ererbten Syphilis oder betrifft Fälle von hereditärer Syphilis mit Hämorrhagien infolge von sekundärer Infektion; naturgemäfs haben sich in den letzten Jahren die Fälle der zweiten Art gegenüber denen der ersten vermehrt. Die Behandlung soll in erster Linie eine antisyphilitische sein: Darreichung von Jod an die nährende Mutter oder Amme, oder Hg-Behandlung des Kindes; Verfasser bevorzugt Einwicklungen mit Unnas Hg-Pflastermull als sehr wirksam und bequem. Von geringerem Werte sind die Styptica, Adrenalin, Gelatine. Sehr wichtig bleibt die prophylaktische Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft.

F. Hahn-Bremen.

Grundsätze der Syphilisbehandlung, von H. Hallopeau-Paris. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) „Der Arzt mufs bei einem Syphilitiker prinzipiell und ohne Aufhören durch Quecksilber, intern und extern, und durch Jodkalium den Krankheitserreger der Syphilis so lange bekämpfen, als er berechtigt ist, anzunehmen, dafs der Erreger sich noch im Körper befindet.“ Das ist die Quintessenz der Ausführungen des französischen Forschers. Die Behandlung soll also schon mit dem Auftreten der Initialerscheinungen beginnen, soll dann vier Jahre lang intensiv, äufserlich und innerlich, kontinuierlich fortgesetzt werden. Quecksilberkuren sollen mit Jodbehandlung abwechseln; die Mengen, die eingeführt werden, sollen bis an die Grenze der Toleranz gehen. Die lokale Behandlung hat möglichst darauf auszugehen, das Medikament mit dem infektiösen Agens in direkte Berührung zu bringen. Für die Behandlung der Spätformen, sowie der hereditären Syphilis gelten ungefähr die gleichen

Digitized by Google

Regeln. Der Kampf gegen die Nachkrankheiten, Tabes und Paralyse, ist nur erfolgverheifsend, wenn er möglichst frühzeitig begonnen wird. (Es wäre sicherlich von Herrn Prof. HALLOPEAU zu erfahren, wie grofs die Zahl der Syphilitiker ist, bei denen er eine vierjährige intensive und kontinuierliche Kur durchzuführen vermocht hat. Ref.)

A. Loewald-Colmar.

Zur Behandlung der Syphilis, von O. ROSENTHAL-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) In bemerkenswertem Gegensatz zu den vorerwähnten Grundsätzen HALLOPEAUS stehen die Ausführungen des verdienten Berliner Dermatologen. Er vertritt die heute in Deutschland vorherrschenden Ansichten. Die Allgemeinbehandlung in der Initialperiode verwirft Verfasser; Anomalien sind bei extragenitaler Infektion, bei schweren, zerfallenden Sklerosen und bei der Infektion gravider Frauen zu machen. Die beste Behandlungsart der Syphilis ist die individualisierende, chronisch-intermittierende Methode. Die Inunktionskur ist eine unsichere und wissenschaftlich nicht gestützte Methode; ihr vorzuziehen ist die hypodermatische Methode, und zwar in der Form der Anwendung schwer löslicher Quecksilbersalze. Zur Vermeidung der bei gröfseren Dosen mitunter auftretenden Störungen, wie Fieber, Magenverstimmung, Abgeschlagenheit, ist der Gebrauch von Opium, eventuell auch prophylaktisch, dringend zu empfehlen. Bei Paralyse hat Verfasser nie einen Erfolg gesehen, wohl aber bei Tabes.

A. Loewald-Kolmar.

Die intensive, unmittelbare und abortive Behandlung der Syphilis, von DUHOT-Brüssel. (*Policlinique centrale.* 1904.) Gleich LEREDDE hält D. die Quecksilberdosen, die Syphilitikern gewöhnlich verabreicht werden, für viel zu klein, als dafs sie eine wirkliche Heilung der Lues herbeiführen könnten; er empfiehlt daher eine möglichst intensive Merkurialisation der Kranken, mit der begonnen werden mufs, sobald die Diagnose gestellt ist. Die weitaus beste Methode ist die Injektion unlöslicher Quecksilbersalze, unter denen das Kalomel das wirksamste ist. Von diesem injiziert D. alle acht Tage 10—12 cg, die 0,0849—0,1018 Hg enthalten. Wird Kalomel nicht vertragen, so spritzt er alle 4—5 Tage 0,15 Ol. ciner. (40%ig) ein. Empfehlenswert ist auch das Hydrargyr. salicylic., das jedoch weniger Hg enthält und alle 2—3 Tage in einer Dosis von 0,1 (= 0,05 Hg) verabreicht werden mufs. Wie D. die Einzeldosis möglichst grofs nimmt, so dehnt er auch die Kuren sehr lange aus; er macht im ersten Jahre drei Kuren von 3, 2½ und 2 Monaten Dauer, im zweiten Jahre eine Kur von 2 und drei Kuren von je 1½ Monaten, im dritten und vierten Jahre je drei Kuren zu je 1½ Monaten. Es ist selbstverständlich, dafs eine derartig intensive Behandlung nur bei Menschen mit intakten inneren Organen, speziell mit gesundem Verdauungsapparat und gesunden Nieren, durchgeführt werden kann, und dafs während der ganzen Behandlungsdauer die Nieren fortdauernd kontrolliert werden müssen. Wird die Behandlung ertragen, so stellt sie eine wirkliche Abortivkur der Syphilis dar, es treten nach der Initialsklerose keine Erscheinungen von Lues mehr auf. Irgendwelche unangenehme Zwischenfälle hat D. bei seiner Methode nie erlebt. Inunktionskuren wendet er nur in den seltenen Fällen an, in denen die Injektionen nicht vertragen werden; er läfst bei solchen Kranken, und zwar stets von einem geschulten Pfleger, täglich 5—6 g Unguent. ciner. 20—30 Minuten lang in die vorher mit Seife und Alkohol gereinigte Haut einreiben.

Götz-München.

Zur Behandlung der kongenitalen Syphilis im Kindesalter, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (*Cincinnati Lancet-Clinic.* 9. Juli 1904.) R. beschränkt sein Thema auf diejenigen Fälle von frühzeitiger kongenitaler Syphilis, von deren Symptome kurz nach der Geburt auftreten, wenn das Kind überhaupt lebend zur Welt kommt. In der Mehrzahl der Fälle ist es dann anfangs scheinbar gesund, und treten erst nach einer

Digitized by Google

gewissen Zeit, nach 2—6 Wochen, die charakteristischen Symptome auf, doch sah R. auch Fälle, wo der syphilitische Pemphigus schon drei und fünf Tage nach der Geburt sich einstellte. Meist sind damit auch Allgemeinerscheinungen, wie geringes Fieber, Abmagerung, Anämie, Unruhe usw. verbunden; Papeln an Händen und Gesicht, später an Armen, Rumpf und Beinen, Schleimhautplaques an den Lippen, After, Coryza usw. sind vorhanden. R. ist der Ansicht, daſs ein syphilitisches Kind von der Mutter gestillt werden soll (was allerdings aus verschiedenen Gründen keineswegs so verallgemeinert werden darf. Ref.), natürlich auf keinen Fall von einer Amme. Was die Behandlung betrifft, so sollte bei vorhandener Hauteruption das Kind jeden Tag 10—15 Minuten lang in Sublimatlösung (1 : 12000) gebadet werden. Bei Coryza, einem Symptom, welches häufig die Nahrungsaufnahme erschwert und daher eingehende Lokalbehandlung erfordert, muſs das eitrige Sekret mittels trockener Tupfer entfernt und dann vermittels eines gewöhnlichen Tropfglases eine Lösung von Menthol und Na biborac. in Kampherwasser in die Nase geträufelt werden. Geschwürige Flächen und exkoriierte Papeln werden mit Kalomel betupft und mit Watte bedeckt, oberflächliche, eiternde Gummata mit Hg-Pflaster, welches gleichzeitig auch Allgemeinwirkung entfaltet; wird letzteres von der Haut nicht mehr vertragen, so empfiehlt R. Jodoform-Pulver, -Gaze oder -Salbe (? bei Kindern bekanntlich nicht sehr ratsam. Ref.). Zur Allgemeinbehandlung wendet er wie bei Erwachsenen die drei Wege der inneren, Inunktions- und Injektionskur an. Sind erst Sekundärsymptome vorhanden und das Allgemeinbefinden noch relativ gut, so genügt Kalomel, als Pulver in der Dosis von 6 mg 2—3mal täglich gegeben; bei vorhandener Diarrhoe Einreibung mit gewöhnlicher grauer Salbe, zu gleichen Teilen mit Vaselin vermischt, täglich 1,2 g davon abwechselnd an verschiedenen Körperstellen einzureiben. Zu Injektionen muſs man in schwereren Fällen greifen, und zwar zieht hier R. Sublimat und nach Langs Vorgang das graue Öl (4—6 Injektionen von fünf Tropfen) den anderen Präparaten vor. Jodkalium, allein oder gleichzeitig mit Hg, ist in allen Fällen angezeigt, wo eine Reizung zu Tertiärerscheinungen (Epiphysitis, Periostitis, auch bei syphilitischer Daktylitis) vorhanden ist; es wird in Dosen von 0,6—1,8 g täglich gegeben, ja sogar bei 6 g täglich noch von den Kindern vertragen. In prophylaktischer Beziehung ist es selbstverständlich angezeigt, die Eltern eines syphilitischen Kindes beide ebenfalls einer spezifischen Behandlung zu unterziehen, und mit Recht weist R. schlieſslich darauf hin, welch vorzügliche Erfolge energische antisyphilitische Kuren während der Schwangerschaft, wenn Syphilis der Eltern feststeht, sowohl für Mutter wie Kind geben.

Stern-München.

Kontinuierliche Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg salicylicum, von D. A. Sinclair-New York. (*New York med. Journ.* 22. Okt. 1904.) S. führt die bekannten Nachteile der Schmierkur (Schwierigkeit der richtigen Anwendung, Unsauberkeit) und der inneren Hg-Darreichung (langsame Wirkung, ungenaue Dosierung, Magendarmstörungen) an und empfiehlt die Injektionsbehandlung, besonders mit obengenanntem Mittel, und zwar sollten seiner Ansicht nach drei Jahre hindurch die wöchentlichen Injektionen gemacht werden. Nur in fünf seiner Fälle hat er bei über 600 Injektionen unangenehme Nebenwirkungen (Ohnmachtsgefühl, Lusthunger, geringe Temperatursteigerung) von meist ganz kurzer Dauer (15 Minuten bis 1 Stunde) beobachtet. Zur Behandlung der oft sehr hartnäckigen Plaques im Munde empfiehlt S. als Unterstützung der Hg-Behandlung lokale Applikationen von salpetersaurem Hg und Argentum nitricum (15 %ige Lösung), von welch beiden Mitteln das erstere das stärker wirksame sei, sie werden mittels Wattetupfer appliziert, nachdem der Mund mit einer Alaun-Kalium-chloricum-Mischung ausgespült wurde. Die Behandlung mit Salicyl-Hg sollte nach S.s Erfahrungen die gewöhnliche sein und nicht

Digitized by Google

für besonders hartnäckige Fälle reserviert bleiben. (Ob allerdings die Patienten drei Jahre hindurch ständig in Behandlung bleiben, dürfte zweifelhaft sein. Ref.)

Stern-München.

Lösliche Quecksilberpräparate bei der Behandlung der Syphilis, von Geo. W. Tobias-New York. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Sept. 1904.) T. wählt nach dem Vorgange von Chapelle (Paris) Hydrargyrum bijodatum, und zwar eine 1%ige Lösung desselben in Öl, worin es im nascierenden Zustande gelöst bleibt; dieses Quecksilberjodöl ist genügend wirksam, verursacht nie Salivation oder nur die geringste Reizung des Verdauungskanals. Es kann entweder in Form von Kapseln (jede zirka 2 mg enthaltend) oder in hypodermatischen Injektionen angewandt werden; erstere können den Patienten allmählich an das Hg gewöhnen, letztere haben prompte Wirkung auch auf Gummata und Tertiärsymptome. Diese 1%ige Lösung von Hg bijodatum in Öl wird unter dem Namen Cupridol in den Handel gebracht. Die Injektionen desselben sind ganz schmerzlos und können in der Dosis von 4 mg jeden Tag ohne Gefahr wiederholt werden. T. hat an dem Mittel nach seiner ausgedehnten Erfahrung nur das auszusetzen, daſs die syphilitischen Erscheinungen zu rasch damit verschwinden und die Patienten nur mit Mühe sich zu genügend langer Fortsetzung der Kur überreden lassen. *Stern-München.*

Über die Verwendung der Vibrationsmassage zur Ausführung von Schmierkuren, von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 42.) Zur Erleichterung des Eindringens der grauen Salbe in die Haut hat Herxheimer bekanntlich die Einklatschungen empfohlen. Verfasser ersetzt diese durch Anwendung einer Massagerolle aus Porzellan oder Hartgummi, die mit einem Vibrationsapparat in Verbindung gebracht wird. Dadurch wird gleichzeitig eine Kräftigung und Stärkung der Körpermuskulatur erreicht. *A. Loewald-Kolmar.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von H. Bayer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) B. empfiehlt, bei Behandlung der Psoriasis vulgaris mehr zu individualisieren: er behandelt schlecht genährte kachektische Personen mit Arsen, gut genährten verordnet er vegetarische Kost und Thyreoidin. Er berichtet dann von einem Falle, wo er eine 13jährige überernährte Patientin, an der schon viele Heilmethoden vergebens angewandt worden waren, durch Fleischentziehung und vegetarische Diät und durch warme Bäder, später durch 10%ige Chrysarobinbehandlung von der lästigen Psoriasis bis heute dauernd befreite.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Demonstration eines Falles von Pityriasis lichenoides chronica (Dermatitis psoriasiformis nodularis; Exanthema psoriasiforme lichenoides), von Rille-Leipzig. (Sonderabdruck aus den „Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin“. XXI. Band.) R. beschreibt einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica, der insofern ein Novum darstellt, als auch das Capillitium mit affiziert war. Bisher galt gerade das Freibleiben der Kopfhaut als charakteristisch für die Affektion. R. will bei dem Kranken, bei dem Arsen wirkungslos geblieben ist, einen Versuch mit Jodipininjektionen machen, mit denen er, ebenso wie mit groſsen Jodkaliumgaben, in Fällen von inveterierter Psoriasis vorzügliche temporäre Heilresultate erzielt hat.

Die Pityriasis lichenoides chronica wird neuerdings von einzelnen Autoren mit der „Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées“ zusammengeworfen, und Brocq

Digitized by Google

stellt beide Affektionen als verschiedene Morphen ein und desselben Krankheitsprozesses, der sog. „Parapsoriasis" hin. Das ist jedoch durchaus ungerechtfertigt. Denn die beiden Prozesse sind morphologisch, wie auch in ihrem Verlaufe vollständig von einander verschieden: die Erythrodermie pityriasique gehört zur idiopathischen Hautatrophie, es bilden sich bei ihr niemals Knötchen, sondern stets nur makulöse Plaques. Die Pityriasis lichenoides dagegen ist ein rein papulöser Prozefs, sie könnte ganz gut der Gruppe der Lichenes angefügt werden. Die bei ihr zu beobachtenden Fleckbildungen sind lediglich Involutionsstadien der Knötchen. *Götz-München.*

Zur Lehre vom Ekzem, von E. v. Düring - Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) Nachdem in der letzten Zeit Unna in Mračeks Handbuch) und Besnier (in der *Pratique dermatologique*) ihre Auffassungen der Ekzemfrage ausführlich dargelegt haben, will auch D. seinen Standpunkt präzisieren. Er bekennt sich als Anhänger Besniers und versucht, in ausführlichen Darlegungen Unnas Ansichten über die Ätiologie und Therapie des Ekzems zu widerlegen. Was Unna über die Konstitution der Haut sagt, seine Unterscheidung der lymphophilen, akantophilen und keratophilen Haut, bezeichnet D. als „ein sehr subjektives, aber durchaus auf der Basis der Konstitutionsanomalien sich entwickelndes System". — Die Frage, ob Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen der Haut und den Erkrankungen der inneren Organe bestehen, beantwortet D. bejahend. Er hat die Erfahrung gemacht, dafs die energische Behandlung eines auf der Akme befindlichen Kopfekzems bei Kindern manchmal Krämpfe auslöst, dafs bei Kindern und alten Leuten die Behandlung ausgedehnter Ekzeme zu einer Art kompensatorischer Hyperämie innerer Organe führen und eine Bronchitis, einen Darmkatarrh hervorrufen kann, dafs ein Kinderekzem bei eintretender Diarrhoe blasser, bei Aufhören der Diarrhoe wieder hyperämischer wird, dafs bei Kindern mit seborrhoischem Ekzem des Gesichts und Kopfes der Durchbruch eines Zahnes stets eine Verschlimmerung des Ekzems mit sich bringt. — Kinder mit Ekzemen zu impfen, widerrät D. entschieden. *Götz-München.*

Eine Übersicht über die neueste Ekzemliteratur, von F. Gardiner. (*Scott. Journ.* Nov. 1904.) Bezüglich der Einteilung je nach der Ursache nimmt mit Sabouraud Verfasser vier Gruppen von Autoren an: 1. Diejenigen, welche mit Unna Ekzema für eine spezifisch parasitäre Krankheit halten; 2. fast die ganze französische Schule sieht Ekzema für eine polymorphe Hautentzündung an, welche das Symptom eines geschwächten Organismus ist; 3. andere möchten das Wort Ekzema auf den ganzen Krankheitszustand, dessen äufsere Manifestation die Hauteruptionen sind, anwenden; und 4. wieder andere betrachten das Ekzem weder als eine Krankheit für sich, noch als die Erscheinung eines speziellen Zustandes, sondern als die Reaktion, welche von seiten der Haut auf verschiedene Ursachen hin erfolgt; für diese gibt es kein Ekzema, sondern nur eine Ekzematisation. Aufser Sabouraud haben Whitfield, Veiel u. a. über die parasitäre Natur des Ekzems eingehende Arbeiten geliefert, die Engländer Robinson, MacLeod betrachten das Ekzem in Zusammenhang mit Gicht und anderen Allgemeinerkrankungen, Tremolières repräsentiert den Hauptverteidiger der dritten Gruppe, während ein so gewichtiger Autor, wie Brocq, für die vierte Erklärungsart eintritt. Gardiner selbst glaubt, dafs bei der Ursache des Ekzems zu wenig die scheinbar geringfügigen Reize von seiten unzweckmäfsiger oder allzu reichlicher Kleidung (von Kindern besonders) berücksichtigt werden. Was die Behandlung betrifft, so ist er mit Tremolières der Ansicht, dafs innere Mittel erst dann anzuwenden sind, wenn die lokalen fehlschlagen. Brodier legt grofsen Nachdruck auf strenge Diät (Milch, vegetarische Diät, Vermeidung aller reizenden Speisen). Von den lokalen Mitteln werden verschiedene, je nachdem es sich um ein akutes oder chronisches Stadium handelt, angeführt. Mit den X-Strahlen hat Verfasser, ebenso wie Stelwagon,

Digitized by Google

WILLIAMS und ZEISLER, viele Erfolge in hartnäckigen Fällen gesehen. Wenn uns auch die Neuzeit nicht viele wertvolle Mittel gebracht hat, so hat sie uns doch, so schliefst G., gelehrt, die alten genauer und wissenschaftlicher anzuwenden.

Stern-München.

Ein Fall von letal verlaufenem Ekzema impetiginosum, von BERNHARD MACHOLD. (Inaug.-Diss. Jena 1903.) Es liefs sich keine erschöpfende Antwort auf die Frage nach der Todesursache im beschriebenen Ekzemfall geben. Die Arbeit liefert einen wertvollen Beitrag zur Lehre vom Ekzemtod. *Fritz Loeb-München.*

Über Pityriasis rubra pilaris, von H. CASPARY. (Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. 1903.) Verfasser ist der Ansicht, dafs Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris selbständige, unterscheidbare Dermatosen sind; bei der letzteren ist die Affektion im Corium untergeordnet und meist sekundärer Natur. Kasuistik.

Fritz Loeb-München.

Pemphigus des Oesophagus, von ROMAN TAMERL-Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Nachdem T. eingangs die in der Literatur bekannten Schleimhautpemphigusarten zusammengestellt hat — u. a. auch einen Pemphigus der Vagina, der jedoch, wie eine Berichtigung in der Nr. 31 lehrt, von einer Simulantin durch spanische Fliege erzeugt war —, schildert er einen Fall von Pemphigus oesophagi, der ihm zur Beobachtung kam. Es handelt sich um einen 71jährigen Gastwirt, der vor drei Jahren an der äufseren Haut der linken Wange das Auftreten von schlappen Blasen nach geringem vorhergegangenem Jucken bemerkte. Die Blasen trockneten ein zu einer Kruste, unter der frische Haut zum Vorschein kam. Mehr schon belästigte ihn das Auftreten von ähnlichen Blasen in der Mundhöhle vor etwa einem Jahre. Im November 1903 konnte er dann nichts mehr zu sich nehmen. Die Oesophagoskopie ergab Blasen, ähnlich den oben beschriebenen, die bald wieder abheilten und durch neue an anderen Stellen ersetzt wurden. Carcinom des Oesophagus, das differentialdiagnostisch in Betracht kam, konnte leicht ausgeschieden werden.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über Leukoplakia cutanea, von MERK-Innsbruck. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 39.) Das Übergreifen der Leukoplakia buccalis et linguae auf das Lippenrot und die äufsere Haut der Oberlippe wurde vom Verfasser in einem Falle beobachtet. Das freie Lippenrot war weifslich verfärbt und mit dünnen, fest anhaftenden, blättrigen Schüppchen bedeckt, während die schuppigen Blättchen der äufseren Haut sich leicht ablösen liefsen. Aus diesem Grunde und auch wegen des histologischen Befundes kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs die Leukoplakie auf der äufseren Haut nicht leicht Fufs zu fassen imstande ist und da nicht selbständig vorkommen kann. Da Patient gleichzeitig ein papulo-squamöses Syphilid am rechten Oberschenkel hatte, wurde eine Hg-Behandlung eingeleitet, die jedoch auf die Leukoplakie ohne Einflufs blieb, was gegen die syphilitische Natur derselben spricht.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Ein neues Krätzmittel, das Peruol, von SPRECHER. (*Progresso med.* 1904. Nr. 12.) Das Peruol ist eine Lösung von Peruscabin in Ricinusöl, im Verhältnis von 1 : 3. Das Peruscabin selbst ist ein von der Berliner A. G. A. F. dargestelltes Präparat, ein Benzyläther der Benzoesäure. Das Präparat ist farb- und beinahe geruchlos und wird wie die anderen Balsamica in die Haut eingerieben. Die Patienten erhielten im ganzen sechs Einreibungen, am ersten Tage drei, am zweiten zwei und am dritten eine. Im ganzen wurden 150—250 g verbraucht, je nach der Ausdehnung der zu behandelnden Hautoberfläche. Vor der ersten Einreibung wird ein längeres Bad mit tüchtiger Einseifung mit Marseiller Seife verordnet. Nach der letzten Einreibung bleibt der Patient noch 48 Stunden im Bette. Das Präparat ist vorläufig noch ziemlich

Digitized by Google

teuer, weist aber dagegen eine Menge von Vorteilen auf, es macht keine Flecken in die Wäsche, ist vollständig reizlos und verbreitet keinen unangenehmen Geruch. Der Erfolg ist ein sehr guter. *C. Müller-Genf.*

Beiträge zur Bakteriologie der Akne vulgaris, von Jul. Söllner-Graz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) S. hat mit einer Anzahl von Kokkenstämmen, die aus Akneefloreszenzen oder Komedonen stammten, Agglutinations- und hämolytische Versuche angestellt, deren Ergebnis er in folgenden Sätzen zusammenfaſst: 1. Da wir unter 20 Komedo- und Aknekokken nur einmal einen typischen Aureus- und nur einmal einen hämolysinbildenden Albusstamm gefunden haben, während die übrigen Kokkenstämme von diesem Typus teils durch die bedeutend niedrigeren Agglutinationswerte, teils durch andere biologische Merkmale (Säureproduktion, Hämolysinbildung) mehr oder weniger abwichen, müssen wir schlieſsen, daſs die Eiterbildung bei Akne vulgaris nicht auf den Staphylococcus pyogenes albus bezw. aureus zurückzuführen sein dürfte. 2. Welche Rolle die konstant vorkommenden Stämme von weiſsen Kokken beim Akneprozeſs spielen, ist aus unseren Untersuchungen nicht ersichtlich.

S. hat auſserdem bezüglich der sonstigen, bei Akne und den Komedonen vorkommenden Mikroorganismen, Bazillen usw., Untersuchungen vorgenommen, über deren Ergebnis er Näheres mitteilt; er zieht aus ihnen den Schluſs, daſs bei Akne viele Mikroorganismen vorkommen, ohne daſs man angeben kann, ob sie zu Akne in ätiologischer Beziehung stehen oder nicht. *Götz-München.*

Akne keratosa, von William Gottheil-New York. (*Wien. klin.-therap. Wochenschrift.* 1904. Nr. 41.) Die Akne keratosa ist eine ziemlich seltene Hautaffektion, von welcher bisher in der Literatur zwölf Fälle bekannt sind, zu welchen nunmehr die zwei Beobachtungen des Verfassers hinzutreten. Klinisch handelt es sich um eine Eruption von akneartigen Bildungen, nicht suppurativ und von nur leicht entzündlichem Charakter, mit derben, meist aus Epithelzellen bestehenden Ansammlungen in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen, wahrscheinlich von lokaler Kontagiosität und mit Neigung zur Spontanheilung. In den durch Abbildungen illustrierten Fällen des Verfassers saſsen die Effloreszenzen im Gesicht und an den Händen. Es waren runde, zugespitzte, harte Knötchen von Hirsekorn- bis Erbsengröſse. Der derbe, zentrale Pfropf konnte durch einen festen Druck auf die Basis des Knötchens ausgedrückt werden. Es blieb dann die klaffende Öffnung des Drüsenausführungsganges zurück. Bei der histologischen Untersuchung sah man die Talgdrüsenzellen atrophisch und vom Drucke abgeplattet. In den Knötchen bildete der dilatierte Balg einen Sack, der bald oval, bald breitmündig und kraterförmig war, stets ausgefüllt von verhornten Zellenmassen. Die Akne keratosa unterscheidet sich von der Akne vulgaris durch das Fehlen der kleinzelligen, perivaskulären Infiltration um die Haarbälge, welche den entzündlichen Charakter der Affektion kennzeichnet, und dadurch, daſs die Komedonenpfröpfe nicht ausschlieſslich aus verhornten Zellen zusammengesetzt sind.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Studie über die Trichophytien des Bartes, von Félix Halgand. (*Arch. de parasit.* 1904. Bd. VIII. Nr. 4.) Wie neuere Beobachtungen von Bodin und Sabouraud ergeben haben, werden die Trichophytien des Bartes, entgegen Sabourauds ursprünglicher Anschauung, nicht ausschlieſslich durch Trichophytonarten, tierischen Ursprungs erzeugt, sondern auch durch Trichophytonarten, die vom Menschen stammen. Ferner hat sich herausgestellt, daſs die einzelnen, in ihren Erscheinungen ungemein verschiedenen Typen von Trichophytie nicht immer durch die gleiche Pilzart hervorgerufen werden, und daſs ein und dieselbe Trichophytonart verschiedene Krankheitsformen verursachen kann. So ist das Trichophyton mentagrophytes der

Digitized by Google

Erreger der meisten Fälle von Sykosis parasitaria, doch hat Bodin auch Fälle gesehen, die durch Trichophyton verrucosum (sive faviforme) erzeugt waren, und neuerdings hat der Verfasser in zwei Fällen von circinärer, mit Eiterbildung einhergehender Sykosis parasitaria das Trichophyton Megnini gefunden, das für gewöhnlich nur oberflächliche, trockene, nicht eiternde Trichophytien bewirkt. Es scheint demnach, dafs die pyogene Fähigkeit einer Trichophytonart keine konstante Eigenschaft darstellt, sondern von besonderen Momenten, Schwankungen der Virulenz des Pilzes oder individueller Beschaffenheit des Menschen, des Terrains, auf dem sich der Pilz ansiedelt, abhängig ist. — Den Ergebnissen der neueren Beobachtungen und Untersuchungen Rechnung tragend, schlägt H. folgende Einteilung der Trichophytien des Bartes vor:

I. Trichophitien mit tiefgreifender Dermatitis (circinäre Sykosis), verursacht durch Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton verrucosum (faviforme) oder Trichophyton Megnini.

II. Trichophytien mit oberflächlicher, feuchter, disseminierter Dermatitis, verursacht durch Trichophyton depilans; dieser Krankheitstypus ist bisher nur von Sabouraud in sieben Fällen beobachtet worden.

III. Trockene Trichophytien

1. in der Form der Ichthyosis pilaris, verursacht durch Trichophyton Megnini;
2. die gewöhnliche trockene Form, verursacht entweder durch das vom Tiere stammende Trichophyton Megnini oder durch Trichophyton tonsurans, Trichophyton Sabouraudi und Trichophyton violaceum, drei Pilzarten menschlichen Ursprungs.

Die in der Arbeit enthaltene Schilderung dieser verschiedenen Krankheitsformen und Pilzarten schliefst sich genau an die von anderen Autoren, Sabouraud usw., gegebenen Darstellungen an, enthält also nichts Neues. — Zur Behandlung der Trichophytien des Bartes empfiehlt H. täglich zu wiederholende Applikation von Jodtinktur und 5%iger Schwefelsalbe; man erzielt damit, insbesondere auch bei Sykosis parasitaria, in zwei bis drei Wochen vollständige Heilung. *Götz-München.*

Untersuchungen über das Trichophytin, von Truffi. (*La Clinica medica ital.* 1904. Nr. 6.) Diese Untersuchungen ergeben, dafs die Wirkung des Trichophytins bei der Trichophytie, besonders bei der tiefen, analog derjenigen des Tuberkulins bei der Tuberkulose ist. Die Wirkung ist eine lokale und eine allgemeine; an der Injektionsstelle ist sie eine konstante, fehlt zuweilen an der Stelle, die mit Trichophytie affiziert ist; bei gesunden Individuen fehlen diese Erscheinungen. Die wirksame Substanz des Trichophytins ist in Alkohol löslich; Temperaturen von 120° zerstören es nicht. In therapeutischer Hinsicht ist die Substanz nicht zu verwerten, wohl aber in diagnostischer (bei tiefer Trichophytie). Sämtliche Arten von Trichophytonpilzen erzeugen Substanzen, welche diese Reaktionserscheinungen hervorzurufen vermögen; diese Eigenschaft teilen sie aber mit den Mikrosporonarten.

C. Müller-Genf.

b. *Cutis.*

Über die Behandlung der Akne, Furunkulosis und Sykosis mit Inokulationen von Staphylococcus-Vaccine, von A. E. Wright. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1904.) Verfasser teilt 20 Fälle mit, welche er erfolgreich mit Einimpfungen von Staphylokokken-Vaccine behandelt hat. Eine Lokalbehandlung der zumeist bisher chronisch verlaufenen Fälle fand nicht neben den Inokulationen statt, ebenso wenig waren die Patienten irgendeinem diätetischen Regime unterworfen worden.

C. Berliner-Aachen.

Der Leishman-Donovansche Parasit und die Orientbeule, von Christophers. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1904.) Nach den Untersuchungen des Verfassers handelt

Digitized by Google

es sich wahrscheinlich um einen Blutparasiten mit septischer Natur, wie es der Mikroorganismus der Septicaemie, der Tuberkulose, der Malaria ist. Verfasser fand die Gebilde in der Milz, Leber, Lunge, im Knochenmark, im Darm, in den Testikeln, Nieren, in kleinen und grofsen Hautgeschwüren, unter anderen auch in der Orientbeule. Sie sind gewöhnlich hier und da einzeln im Gewebe zerstreut und scheinen im Cytoplasma der Gewebszellen eingebettet zu sein. Bei genauer Besichtigung bemerkt man, dafs sie in den Endothelialzellen der feinsten Kapillaren liegen, niemals frei im Lumen der Gefäfse. Die LEISHMAN-DONOVANschen Gebilde rufen einen infektiösen Prozefs hervor, in den vor allem das Endothel der Blutgefäfse verwickelt wird.

C. Berliner-Aachen.

Behandlung von Ulcus molle und Bubonen, von A. G. WOLLENMANN-FERDINAND DUBOIS. (*Der Frauenarzt.* 1904. Nr. 7.) W. empfiehlt die Ulcera mollia mittels einer Formalinlösung alle zwei bis acht Stunden reinigen zu lassen, welche die Patienten mit sich führen; das Formalin soll in einer Stärke von 4,0 einer 40 %igen Formalinlösung auf 500,0 Wasser verordnet werden. Nach der Reinigung der Ulcera Einstreuen eines Wundpulvers, bestehend aus Acid. boric. und Bismut. subgallic. aa. W. meint, dafs auf diese Weise die Entzündung der Lymphdrüsen hinangehalten werde. Neigen sie dennoch zur Entzündung, so mufs Patient ins Bett und heifse Kompressen applizieren. Ist Bettruhe nicht möglich, dann Applikation einer Salbe; dieselbe besteht aus:

℞ *Ungt. Hydrarg.*
Ungt. Belladonnae
Ungt. Jodi composit.
Vaselin. aa.

Vermindern sich nach 24 Stunden Schmerzen und Schwellung nicht, dann sind die Drüsen zu inzidieren und auszukratzen. *Putzler-Danzig.*

Der klimatische Bubo, von J. CANTLIE. (*Brit. med. Journ.* 17. Septbr. 1904.) Ein 33jähriger Mann, der im südlichen Indien wohnt, reiste über Madras und Colombo nach London. Einen Tag, bevor er hier ankam, bemerkte er eine Schwellung in der linken Leistengegend. In London begab er sich, da der Zustand schlimmer wurde, sofort in Behandlung. Die Diagnose lautete mangels jedes Anzeichens eines venerischen Geschwürs auf klimatischen Bubo. Unter Fieber nahm die Schwellung zu. Die Drüse wurde exstirpiert und untersucht. Es fand sich in den Kulturen ein spezifischer Mikroorganismus vor, welcher sich wie ein Diplococcus färbte, jedoch auf Tiere nicht übertragen werden konnte.

Verfasser hat schon im Jahre 1894 die Beobachtung gemacht, dafs der klimatische Bubo häufig vor und während einer Pestepidemie auftrat und wohl in irgendeiner Beziehung zu einer solchen stehen mufste. Er bezeichnete deshalb den klimatischen Bubo als „Pestis minor“, indem er ihn als eine spezifische, durch eine veränderte Form des Pestbacillus hervorgerufene Modifikation der Pest ansah. Die Patienten genesen meistens, wenngleich der Verlauf im ganzen ein ziemlich schleppender ist. *C. Berliner-Aachen.*

Die Stomatitis ulcerosa-membranacea, von KELSCH. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 33.) Kurze, allgemein gehaltene Bemerkungen über das epidemische Auftreten der Stomatitis ulcerosa bei Kindern und Soldaten. Die Affektion ist aus der französischen Armee, in der sie noch in der Zeit von 1820—1870 zahlreiche Opfer gefordert, vollständig verschwunden. Die einfachen und die anginösen Stomatitiden, die in unserer Zeit so häufig vorkommen, sind nach K.s Meinung als Überbleibsel der endemisch-epidemischen Stomatitis ulcerosa aufzufassen. *Götz-München.*

Digitized by Google

Über Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi). Dermatitis papillaris scleroticans nuchae, von Xaver Kelber. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1903.) Auf Grund der in seiner Arbeit besprochenen Literatur, sowie auf Grund des Befundes bei einem weiteren beobachteten Fall des Verfassers definiert derselbe die Dermatitis papillaris als eine eigentümliche, idiopathische, chronische Entzündung und Bindegewebsneubildung der Cutis. Das wesentliche derselben ist nebst ihrer besonderen Lokalisation die frühzeitige Induration der perifollikulär entstehenden Knötchen. Alle anderen Veränderungen im Epithel und den epithelialen Gebilden sind sekundärer Natur. Ob spezifische Bakterien oder Bakterientoxine das ätiologische Moment abgeben, ist vorläufig noch unentschieden. Jedenfalls scheint eine Disposition zu fibrösen Hyperplasien der Haut vorhanden zu sein. *Fritz Loeb-München.*

Nagelfavus (Onychomycosis favosa), von E. Hoffmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) H. demonstriert in der Gesellschaft der Charitéärzte (30. Juni 1904) zwei Fälle von Nagelfavus; bei dem einen handelt es sich um einen Favus mehrerer Fingernägel, der jedenfalls durch Übertragung der Pilze von der früher erkrankten Kopfhaut, also durch Autoinokulation, entstanden ist. Beim zweiten Fall handelt es sich um eine auf zwei Fingernägel lokalisierte Erkrankung an Favus, welche trotz langen Bestehens und der ständigen Gelegenheit der Autointoxikation doch nicht zur Erkrankung anderer Nägel oder des Kopfes geführt hat, obwohl die Patienten keinerlei Vorsichtsmafsregeln beobachtet haben. Letztere isolierte Erkrankung der Nägel ist selten. Behandlung besteht in Entfernung der kranken Nägel und Pinselung mit Jodtinktur, auch Röntgenstrahlen sind verwendbar. — Im Anschlufs daran stellt H. noch einen Fall von Koilonychie (Löffelnagel) vor.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der Pilz der Tinea imbricata, von Basset-Smith. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1904.) Die vielfach bei den Eingeborenen der malayischen Halbinsel, der Südseeinseln, in Ostindien, Brasilien beobachtete Tinea imbricata ist ebenso wie die Tinea tonsurans eine direkt von Mensch zu Mensch übertragbare Krankheit, die klinisch im Beginn der Tinea circinata ähnlich ist, später aber sich von derselben durch die in grofsen Lamellen vom Rande sich abblätternden Epidermisschuppen unterscheiden. In den letzteren fand Verfasser einen Pilz, den er im Gegensatze zu anderen Autoren nicht zu den Trichophytonpilzen, sondern zur Aspergillusgruppe der Perisporiaceen rechnet. Dieselben weisen zwei Reproduktionsformen auf: 1. durch Gonidien; 2. durch die Entwicklung ovaler Sporen direkt aus den Mycelien. Tribondeau hat dem Pilz mit seinen keulenförmigen Enden die Bezeichnung „Lepidophyton“ beigelegt, die auch Verfasser akzeptiert. *C. Berliner-Aachen.*

Über einen Fall von Rhinosklerom, von Pini. (*Boll. delle Scienze med.* Aug. 1904.) In diesem Falle bestand äufserlich keine Deformation der Nase. Der Tumor war wahrscheinlich gleichzeitig von der Nasenschleimhaut und dem Nasenrachenraume ausgegangen und war schon ziemlich weit vorgeschritten, als die Patientin ihrer Affektion gewahr wurde. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Tumors fand der Verfasser einen Kapselbacillus, mit allen charakteristischen Merkmalen des Frischschen Bacillus. Inokulationsversuche auf Tiere blieben erfolglos. Verfasser verweist auf die Untersuchungen von Ducrey über die Kapselbazillen, aus denen hervorgeht, dafs der Bacillus von Frisch keine spezifischen Unterscheidungsmerkmale besitzt; dafs das Vorhandensein von Kapselbazillen im Granulationsgewebe noch nicht eine definitive Diagnose von Rhinosklerom gestattet. Anderseits läfst sich der Frischsche Bacillus auf Grund einer Reihe seiner kulturellen Eigenschaften von anderen Kapselbazillen unterscheiden. Es darf aber nicht aufser acht gelassen werden, dafs zwischen zwei scheinbar weit verschiedenen Bakterienarten eine Reihe von Zwischenstufen bestehen,

Digitized by Google

deren Unterscheidungsmerkmale fast vollständig verwischt sind, wenigstens für unsere gegenwärtigen technischen Hilfsmittel. Nun finden sich im Nasenraume eine ganze Reihe von gekapselten Bazillen, welche in Anbetracht des gemeinsamen Mediums sich in mancher Hinsicht sehr ähnlich werden können, ohne dafs daraus der Schlufs gezogen werden darf, dafs sie unter einander identisch sind. So ist viel gestritten worden über die Identität oder Nichtidentität der Bazillen von FRISCH und derjenigen von PFEIFFER und FRIEDLÄNDER, ohne dafs in dieser Frage bis jetzt ein definitives Urteil abgegeben worden wäre. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von aufserordentlich stark entwickeltem Rhinophyma, von POLI. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1904. Nr. 15.) Der Tumor hatte bei dem nun 66jährigen Manne innerhalb fünf Jahren die Gröfse von zwei Fäusten eines Erwachsenen erreicht und verdeckte beinahe das ganze Gesicht. Der Patient war ein Trinker und aufserdem, in Anbetracht seines Berufes, heftigen Temperaturwechseln ausgesetzt. Was die Pathogenese der Affektion anbelangt, so meint der Verfasser, dafs dieselbe zwar zuweilen als das dritte Stadium der Akne rosacea betrachtet werden kann, aber keineswegs in allen Fällen. Die Operation hatte einen vorzüglichen funktionellen und kosmetischen Erfolg. *C. Müller-Genf.*

Infektion einer komplizierten Fraktur mit Anthrax, von P. PATERSON-Glasgow. (*Lancet.* 23. April 1904.) Die Infektion rührte offenbar von dem Vorhandensein der Bazillen an den Kleidern des Patienten zur Zeit der Verletzung her und haftete wohl an den Haaren, welche er beim Verputz von Hauswänden verwendete. Man züchtete aus dem Exsudat der Wunde Reinkulturen. Nach der sich bald als notwendig erweisenden Exartikulation des Gliedes (Arm) erfolgte Genesung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von rapid sich ausbreitender Gangrän, von E. GLENNY. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1904.) Eine 27jährige, kräftige, dem Trunke ergebene Frau wurde in sehr schwerem Zustande ins Hospital gebracht. Bei der Untersuchung fand Verfasser den rechten Unterschenkel stark geschwollen, ödematös und schwarzblau verfärbt; auf der Haut waren zahlreiche, verschieden grofse Blasen vorhanden. Stellenweise war die Epidermis ganz losgelöst, und die Cutis lag frei, nässend zutage. Dieser Zustand erstreckte sich anfangs vom Knöchel bis zum Knie, um sich jedoch in den nächsten Stunden über dieses hinaus über den ganzen Oberschenkel, die Leistengegend zum unteren Teil des Abdomens auszudehnen.

Die Patientin befand sich in kollabiertem Zustande und litt an Herzschwäche. Noch an demselben Tage starb sie.

Verfasser glaubt, dafs, wenn man eine mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit vorgenommen hätte, mit der die gangränösen Gewebe durchtränkt waren, man wahrscheinlich den Bacillus des malignen Ödems gefunden hätte.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Hospitalbrand auf dem Boden eines Ulcus cruris, von JOSEF POLLAK-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 35.) Seit VINCENT ist der Hospitalbrand wieder bekannt, und seit MATZENAUER ist er auch genauer bakteriologisch studiert. Die sog. diphtheritischen Geschwüre, meint MATZENAUER, sowie die pulpösen, die sog. phagedänischen Geschwüre repräsentieren die ulceröse Form des Hospitalbrandes, und schliefslich ist auch Noma dem Hospitalbrande zuzurechnen. Der Erreger desselben ist nicht ein gramnegatives, sondern ein gramfestes Bacterium, und zwar ein schlanker, gradliniger oder manchmal leicht geschwungener 3—4 μ langer und 0,3—0,4 μ breiter, zumeist einzeln, zuweilen zuzweit der Länge nach aneinander gegliederter Bacillus mit abgerundeten Enden, der anaerob ist. Die MATZENAUERsche Beschreibung pafst auch auf den Bacillus, den POLLAK aus den abgestreiften, grau-gelblichen,

Digitized by Google

schlammartigen und ungemein riechenden Belägen eines alten zerfallenen Beingeschwüres einer 48jährigen Frau und ebenso aus den mikroskopischen Schnitten des Infiltrates erhielt. Das Geschwür war nach Krampfadern bei Schwangerschaft, etwa 30 Jahre vorher, aufgetreten, mehrmals namentlich nach Komplikation mit Rotlauf wieder aufgebrochen und hatte eine grofse, tiefe Geschwürsform angenommen, gleich einem zerfallenden Carcinom. Nach zweimonatlicher Behandlung mit Kelen, Lapis und Vasogensalben war das Beingeschwür zum gröfsten Teil überhäutet.

Arthur Rahn-Colln.

Über einen Fall von Gangraena cutis multiplex neurotica, von Franz Moormeister. (Inaug.-Dissert. München 1903.) Bei einem 21jährigen, geistig stark zurückgebliebenen, hysterischen Mädchen, traten nach einer drei Jahre vorhergegangenen Verbrennung des rechten Handgelenkes zuerst angeblich unter Fiebererscheinungen multiple Eruptionen von kleinen Bläschen auf, in Gruppen von fünf bis acht Stück, hirsekorn- bis erbsengrofs. Allmähliche Ausbreitung über rechten Arm, rechte Schulter, Hals, Brust, Bauch. Der Grund der prall gefüllten Bläschen färbt sich allmählich schwarz, die Bläschen konfluieren, fallen zusammen, es bildet sich ein fester Schorf, zuerst gelbbraun, dann schwarz, der sich nach ungefähr drei Wochen abstöfst. Narbenkeloid. Patientin stand 1½ Jahre in Behandlung und verliefs das Krankenhaus vor Ablauf der Krankheit. Prognose quoad vitam günstig, quoad restitutionem satis dubia. Ätiologie und Pathogenese des Krankheitsbildes sind noch unsicher, Therapie mufs sich auf eine rein symptomatische Behandlung beschränken und besonders einen aseptischen Verlauf der Wundheilung erstreben.

Fritz Loeb-München.

Zur Bakteriologie und Pathogenese der disseminierten infektiösen Gangrän der kleinen Kinder, von Auché. (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux.* Mai 1904.) Nach den Untersuchungen des Verfassers darf die genannte Affektion nicht als eine einheitliche Krankheit aufgefafst werden; dieselbe wird vielmehr als ein klinischer Komplex angesehen werden müssen, dessen Ursache sich auf eine Symbiose der verschiedensten Mikroorganismen im Organismus zurückführen läfst. Der Staphylococcus aureus kann an sich selbst hochgradige nekrotisierende Eigenschaften annehmen und so allein die Läsion verursachen. Meist aber ist er mit anderen Mikrobien vergesellschaftet: Streptococcus pyogenes, Bacillus coli, pyocyaneus, Diphtheriebacillus usw. Auch können gewisse anaerobe Bakterien zu der Läsion führen.

C. Müller-Genf.

Ein Beitrag zur Kasuistik und Arsenbehandlung der Mykosis fungoides, von E. Brühann. (Inaug.-Dissert. Halle 1903.) Verfasser hebt hervor, dafs bei Verabreichung des Arsens, besonders bei subcutaner Applikation, eine vermehrte Ausscheidung von Harnsäure unter Umständen als ein ungünstiges Zeichen aufzufassen und das Blut bei solcher Anwendung des Arsens zur Beseitigung von Tumoren stets gleichzeitig einer sorgfältigen Beobachtung zu unterziehen sei, damit nicht von dieser Seite aus, d. h. durch eine Arsenvergiftung, neue Gefahren für das Leben des Patienten geschaffen würden. Er weist ferner auf die Möglichkeit hin, dafs die Lymphocythämie, die sich zu einer Hauterkrankung mit fungöser Tumorenbildung gesellt, in Abhängigkeit von der zumeist gebräuchlichen Arsentherapie stehen kann.

Fritz Loeb-München.

Zwei Fälle von Aktinomykosis der Haut bei Kindern, von W. Carr, R. Johnson und D'Arcy Power-London. (*Lancet.* 29. Okt. 1904.) Bei beiden Kranken, einem neunjährigen Mädchen und einem elfjährigen Knaben fanden sich die ersten Läsionen in der Haut der Brust resp. der Bauchwand mit charakteristischen Erscheinungen vor. Der Infektionsmodus konnte nicht nachgewiesen werden. Jodkalium

Digitized by Google

wurde in reichlichen Dosen gegeben, doch schien, wenigstens bei dem Mädchen, die operative Behandlung von besserem Erfolg zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische Studien an Fällen von Aktinomykosis, von R. KNOX-London. (*Lancet.* 29. Okt. 1904.) Es werden hier ziemlich ausführlich die Krankengeschichten von drei Patienten, Geschwister, mitgeteilt, von denen zwei, Knaben im Alter von 15 und 17 Jahren sich wieder erholten, während die 18jährige Schwester binnen Jahresfrist zugrunde ging. Bei allen drei waren Defekte an den Zähnen vorhanden. Die Haut war nur sekundär affiziert, die Hauptlokalisation war an der Lunge und am subcutanem Gewebe. Mycelien wurden im Sputum und im Eiter eines Zahnabscesses gefunden. Jodkalium in grofsen Dosen (bis 6 g pro die) wurde gut vertragen. Die erste Infektion fand vielleicht bei Gelegenheit eines Landaufenthalts auf einem Gute statt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein weiterer Beitrag von sog. Holzphlegmone, von HEINRICH LAUG. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1904.) Der Fall betraf einen 42jährigen Mann und ist seiner Seltenheit wegen bemerkenswert. Exitus. Tumor exulcerans regionis colli sinistri; induratio dura cum parvis abscessibus telae subcutaneae regionis lateris colli sinistri et dextri, glandularum cervicalium profundarum lateris utriusque; ulcus permagnum lateris sin. linguae. Mikroskopisch bot der Tumor an allen Stellen das typische Bild des Kankroids; der Ausgangspunkt des Neoplasmas war nicht mehr festzustellen, am wahrscheinlichsten handelte es sich um einen diffus wachsenden und infiltrierenden Krebs der Haut, von einer ganz ungewöhnlich grofsen progressiven Entwicklung und Degeneration. Auf Grund des pathologisch-anatomischen Befundes betrachtet Verfasser als wahres Wesen der Holzphlegmone ein Kankroid, das allerdings in derartiger Ausdehnung und diffuser Infiltration sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch merkwürdig ist. *Fritz Loeb-München.*

Das Ichthyol bei der Behandlung des Erysipels, von H. KOETTLITZ. (*Policlinique.* 1904. Nr. 16.) K. berichtet über einen Fall von wanderndem Gesichtserysipel, bei dem er die von BAYET warm empfohlene 50%ige Ichthyol-Lanolinsalbe angewendet hat. Der Erfolg war ein vorzüglicher. Gleich BAYET hat K. beobachtet, dafs einer intensiven Applikation der Salbe sehr rasch Temperaturabfall folgt; seiner Ansicht nach stellt die Salbe das beste Mittel zur Behandlung des Erysipels dar. *Götz-München.*

Erysipelas neonatorum gangraenosum, von E. NOHL-Müllheim i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Bei einem fünf Tage alten, zur richtigen Zeit geborenen, kräftigen Kinde entstand eine starke rotglänzende pralle Schwellung der grofsen Schamlippen und an den Oberschenkeln ein auffallend hartes Ödem, über welchem die Haut bläulich marmoriert war. Im weiteren Verlaufe entwickelten sich auf den Labien talergrofse, schmierig belegte Ulcera, die sich allmählich schwarz verfärbten, an den Oberschenkeln auf der Aufsenseite circumskripte Hautnekrosen, auf der Innenseite gegenüber den ulcerierten Labien Druckgeschwüre. Das brettharte Ödem und die bläuliche Marmorierung der Haut breiteten sich über die ganze untere Körperhälfte aus; auf dem Fufsrücken zeigten sich kleine, mit gelblichem Serum gefüllte Bläschen, am Rumpf und an den Unterschenkeln graublaue Flecken. Die Temperatur, die während der ersten Tage normal gewesen war, stieg bis auf 40,5°; nach zehntägiger Krankheitsdauer trat unter meningealen Reizerscheinungen der Exitus ein. — Der Fall war nach Ansicht N.s als Erysipel aufzufassen; vielleicht handelte es sich um ein Staphylokokkenerysipel, wahrscheinlicher noch lag eine Mischinfektion vor, wodurch die eigentümliche Vermengung der phlegmonösen und erysipelatösen Symptome am besten erklärt würde; bei derartigen Mischinfektionen ist auch anfängliche Fieberlosigkeit häufiger als beim reinen Erysipel, bei dem sie übrigens auch

Digitized by Google

vorkommt. Der Fall zeigt, dafs erysipelatöse Erkrankungen Neugeborener im Beginne mit dem Oedema neonatorum grofse Ähnlichkeit aufweisen können.

Götz-München.

Über Opticus-Neuritis und Atrophie im Anschlufs an Gesichtserysipel, von E. P. Fauveau. (*Thèse de Bordeaux.* 1904.) Verfasser kommt auf Grund seiner Studien zu folgenden Folgerungen: Die Augenkomplikationen im Gefolge des Erysipelas faciei sind teils recht gutartige, teils sehr ernste, wie die Neuritis optica und die Atrophie des Sehnerven; diese letzteren Komplikationen entwickeln sich entweder im Verlauf des Erysipels oder — häufiger — einige Tage nach dessen Abheilung. Beide Augen zugleich werden nur dann ergriffen, wenn das Erysipel die ganze Gesichts- und behaarte Haut eingenommen hatte; das ergriffene einzelne Auge entspricht stets der erysipelatösen Gesichtshälfte. — Die Prognose dieser ernsten Komplikationen ist ungünstig: einmal eingetretene Erblindung ist so gut wie unheilbar, teilweise Erblindung neigt zur definitiven; sympathische Ophthalmie tritt jedoch glücklicherweise nie ein.

Die Beeinflussung des Sehnerven durch das Erysipel glaubt Verfasser teils für eine direkte Kontinuitätsinfektion, teils für eine allgemeine bakterielle Infektion halten zu sollen.

Fritz Loeb-München.

Über Elephantiasis congenita, von Swoboda-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 41.) Es werden vier Fälle beschrieben und die Veröffentlichung eines fünften demnächst in Aussicht gestellt. Im ersten Falle war die elephantiastische Verdickung des ganzen rechten Beines durch kavernöse Angiome bedingt, die auf eine Abschnürung des Beines durch amniotische Stränge zurückzuführen waren. Im zweiten und dritten Falle handelte es sich um Lymphangiome und Angiome im Abdomen, in den Weichteilen der Beine und des Präputiums, sowie um partiellen Riesenwuchs. Im vierten Falle bestanden eine kolossale Vergröfserung der linken Wange, cystische Geschwulst des Mundhöhlenbodens, Geschwülste beider Ohrläppchen, Pigmentmäler am Rücken und eine schwammige Geschwulst am linken Schulterblatte. Die Tumoren waren sämtlich Lymphangiome. Verfasser erklärt es als sehr wünschenswert, dafs alle zur Beobachtung kommenden Fälle veröffentlicht werden, da das Wesen der Elephantiasis congenita noch in vielen Punkten der Aufklärung bedarf.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Elephantiasis und elephantiastische Zustände, von Secchi. (*Cagliari.* 1904.) Der Verfasser gibt zunächst eine Übersicht der verschiedenen Theorien über die Ursache und Pathogenese der Elephantiasis (Elephant. Arabum) und der elephantiasisähnlichen Zustände (sekundär bei Lepra, Tuberkulose, Lues, Ulcus cruris usw.). Er unterstützt die Theorie von Unna, der sich andere Autoren angeschlossen, wonach keineswegs ein lokales Ödem den Ausgangspunkt der Affektion zu bilden braucht. Ein blofses, wenn auch lange andauerndes Ödem, vermag an sich selbst noch keine Elephantiasis hervorzubringen. Dazu sind noch andere Momente notwendig und bricht sich heutzutage die Ansicht immer mehr Bahn, dafs dieses Moment in einer Infektion sekundärer Art besteht. Der Erreger dieser Infektion ist nun allerdings meistens der Streptococcus, keineswegs aber ausnahmslos, indem der Staphylococcus, der Pneumococcus zum gleichen Resultate führen können; dasselbe gilt wahrscheinlich ebenfalls von der Filaria, sowie von den spezifischen Mikroorganismen der Tuberkulose und der Syphilis, die für sich selbst und ohne Hilfe des Streptococcus elephantiasisähnliche Zustände hervorzurufen imstande sind. Mit einem Worte, die Ursache der Elephantiasis ist offenbar keine einheitliche, sondern eine multiple.

C. Müller-Genf.

Digitized by Google

Weiteres über elephantiastische Zustände, von SECCHI. (1904.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle von Tuberkulose des Unterschenkels (in dem einen tuberkulöse Arthritis mit Fistelbildungen, in dem anderen tuberkulöse Gummata), und einen Fall von tertiärer Syphilis mit Gummata an den Beinen, die sich mit elephantiastischen Veränderungen der Haut in den umgebenden Bezirken komplizierten. Er ist nun der Ansicht, dafs die Elephantiasis hier nicht direkt auf den tuberkulösen resp. luetischen Prozefs zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf sekundäre Streptokokkeninfektion (rezidivierendes Erysipel). *C. Müller-Genf.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über ein namentlich in der Haut sich ausbreitendes mucocelluläres Neugebilde (à la KRUKENBERGscher Tumor), klinisch Myxödem vortäuschend, von FRIEDRICH SCHLAGENHAUFER-Wien. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1904. Nr. 15.) SCH. fand bei einem 20jährigen, aus einer Kropfgegend stammenden Mädchen im rechten seitlichen, wie im vorderen Halsdreieck, ferner im Bereich der Schultergegend, der rechten vorderen Thoraxwand, die Mamma umgreifend, ebenso im Bereich der Scapula und der ganzen rechten, oberen Extremität eine Schwellung von pastösem Charakter, deren Konsistenz bis zur Hand hin immer derber wird. Die Haut über der Schwellung blafs, am hängenden Arm livid verfärbt; im Bereich der geschwollenen Partien pamphiges Gefühl, hier und da Schmerzen. Die Autopsie ergab — die klinische Diagnose hatte Myxödem gelautet — dafs es sich um ein die Lymphwege der Haut, der Subcutis, der Muskulatur usw. durchsetzendes mucocelluläres Neugebilde handelte, dessen Zellen den Charakter derjenigen der sog. KRUKENBERGschen Tumoren tragen. Unter den parenchymatösen Organen ist nur die Schilddrüse makro- wie mikroskopisch schwer verändert, doch mufsten diese Veränderungen als sekundäre bezeichnet werden, entstanden durch den Druck der von allen Seiten in die Drüse vordringenden und sie zur Atrophie bringenden Geschwulstmassen. Es war jedoch diese Atrophie keineswegs mit der bei Myxödem beobachteten bindegewebigen Atrophie der Glandula thyroidea in Analogie zu bringen, vielmehr ist der Fall nur als kasuistischer, aber bemerkenswerter zu bezeichnen, einmal wegen der hochgradigen und eigentümlichen Ausbreitung des Neugebildes, weiter wegen des mucocellulären Charakters und des fehlenden Ausgangspunktes der Geschwulst, endlich auch wegen der besonderen Rolle, welche die Schilddrüse dabei spielte. Als Ausgangspunkt möchte SCH. vielleicht ein bei der Obduktion übersehenes, kleinstes Carcinom etwa im Magen verantwortlich machen, obwohl ein tatsächlicher Beweis für diese Annahme vollständig fehlt. Ja, die Tatsache, dafs es mucocelluläre Geschwulstbildungen ohne nachweisbaren primären Herd gibt, sowie der Umstand, dafs der erste und eigentlich ganz einwandfreie KRUKENBERGsche Fall bezüglich der Ausbreitung, der Intensität usw. der Geschwulstmassen sich recht eng mit dieser Beobachtung deckt, und nur dadurch verschieden ist, dafs in jenem Fall der Prozefs, besonders im Abdomen und um das Genitale herum resp. in den Ovarien sich abspielt, lassen den Gedanken an eine Geschwulstbildung sui generis, möglicherweise endothelialen Ursprungs, gerechtfertigt erscheinen. *Putzler-Danzig.*

a. *Maligne.*

Ein Fall von primärem Epitheliom der Pinna auris mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen, von T. SHAW-Aylesbury. (*Lancet.* 6. Aug. 1904.) Bei dem 75jährigen Manne hatte sich im Laufe von 20 Jahren aus dem sich anfangs wie

eine kleine Warze präsentierenden Gebilde ein grofses, wucherndes Geschwür entwickelt. Nachdem Röntgenbestrahlung und andere Methoden sich als wirkungslos erwiesen hatten, wurde die Neubildung mit gutem Erfolg operativ entfernt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Zunahme in der Häufigkeit des Carcinoms, von W. R. Williams-Bristol. (*Lancet.* 13. Aug. 1904.) An der Hand der staatlichen Statistiken für England und Wales bekämpft W. die von anderer Seite aufgestellte Behauptung, dafs die Zunahme in der Häufigkeit des Krebses eine nur scheinbare sei. Nach Dezennien geordnet sieht man seit dem Jahre 1840 mit einem Verhältnis von 1 Krebstod auf 129 Todesfälle von allen anderen Ursachen ein ganz stetiges Fortschreiten bis auf 1 : 22 im Jahre 1900. Im Jahre 1901 war das Verhältnis 1 : 20. Ferner ist bemerkenswert, dafs diese Zunahme hauptsächlich das männliche Geschlecht betrifft. Für den Zeitraum 1851—1860 war das Verhältnis zwischen männlichen Krebskranken und weiblichen wie 1 : 2,2. Im Dezennium 1891—1900 war bei ganz stetigem Wachsen dasselbe auf 1 : 1,5 gestiegen. Verfasser erklärt diese Erscheinung durch das immer gröfser werdende Zurückweichen der Menschen, namentlich der Männer, von ihrer früheren mehr naturgemäfsen Lebensweise, durch die Zunahme in der Domizilierung in Städten, Mangel an körperlicher Tätigkeit und übermäfsige Nahrungszufuhr, alles Verhältnisse, welche sich im Laufe der Jahre bei Männern weit ungünstiger entwickelt haben als bei Frauen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fünf Fälle von Mammacarcinom beim Manne, von C. R. Keyser-London. (*Lancet.* 28. Mai 1904.) Bei zwei von den Patienten war die Haut an dem Gebiet der Geschwulst ulceriert, aber die Entstehung von der Mamma her war unzweifelhaft. In ätiologischer Beziehung wurde bei drei der Patienten ein Trauma angegeben. Im übrigen bieten die Fälle mehr chirurgisches als dermatologisches Interesse.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über den Krebs, von Jonathan Hutchinson-London. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Auf eine reiche Beobachtung von Krebserkrankungen zurückblickend lehnt Verfasser den parasitären Ursprung des Carcinoms vollkommen ab. Er bemerkt ferner, dafs man in Fällen, wo die klinischen Symptome genügend verdächtig seien, sich nicht zu sehr auf die histologische Diagnose verlassen und die radikale Operation nicht scheuen solle. Als besondere Formen maligner Geschwülste beschreibt Verfasser:

1. Lentigo maligna senilis. Die Erkrankung besteht in grofsen, pigmentierten Epheliden (Lentigines) an den Wangen und unteren Augenlidern. Die Effloreszenzen sind infektiös und breiten sich allmählich über Augenlider, Wangen, sogar über die Conjunctiven aus. Es besteht keine Verdickung, keine Neigung zur Ulceration, das Pigment kann sogar wieder verschwinden. Auf den Flecken können aber auch Neubildungen erscheinen, die den Charakter melanotischer Sarkome oder von Epitheliomen tragen. Vergröfserung der Lymphdrüsen wurde nicht beobachtet. Nach der Exzision folgte kein Rezidiv. Verfasser sah dies Bild in etwa sechs Fällen bei bejahrten Leuten. Er schlägt vor, das Xeroderma pigmentosum als Lentigo maligna juvenilis zu bezeichnen.

2. Das Ulcus crateriforme (kraterförmiger Epithelialkrebs). Es kommt wie das Ulcus rodens im vorgerückten Alter vor und sitzt wie dieses meist in der oberen Gesichtshälfte, ist aber in seinem Verlauf gänzlich von ihm verschieden. Es beginnt mit einer sehr harten, fast konischen Induration und sieht einer indolenten Beule (Furunkel) sehr ähnlich. Nach einigen Monaten bricht es im Zentrum zusammen und bildet einen tiefen Krater; dieser vergröfsert sich allmählich zu einem tiefen, unebenen Ulcus mit harten Bändern. Es erfolgt Schwellung der benachbarten Lymph-

Digitized by Google

drüsen. Die Erkrankung verläuft in ein bis zwei Jahren tötlich. Mikroskopisch bot das Ulcus das Bild des Epithelialkrebses. Nach ausgiebiger Exzision erfolgt gewöhnlich kein Rezidiv.

3. Im Gesicht älterer Leute sah Verfasser einige Male eine noch unbeschriebene Form von Ulcus malignum, die wahrscheinlich von den Talgdrüsen ausgeht. Die Ränder des Geschwürs sind weich, das Geschwür ist ausschliefslich auf die Haut beschränkt, greift nicht in die Tiefe. Durch Exzision oder Kauterisation konnte es geheilt werden; Rezidive erfolgten nicht.

Als häufige Ursache des Carcinoms betrachtet Verfasser den längere Zeit fortgesetzten Gebrauch von Arsenik. Auch Quecksilber, Jod- und Bromverbindungen könnten zu Argwohn Anlafs geben. Verfasser hält es nicht für ausgeschlossen, dafs die allmähliche Entartung mancher Ekzem- und Psoriasiserkrankung in Mykosis fungoides dem langen Arsen- oder Jodgebrauch zuzuschreiben ist. Wenn eine Prädisposition Syphilitischer für Carcinom besteht, so mögen dafür vielleicht die angewandten Medikamente verantwortlich zu machen sein. *A. Loewald-Kolmar.*

Über einen Fall von Cancroid der Nase behandelt mit Röntgenstrahlen, von O. Guzzoni degli Ancarani. (*Riv. intern. di terapia.* 1904. Nr. 6.) Der Verfasser berichtet über die vollständige Heilung eines seit ca. zwei Jahren bestehenden Cancroids der Nase durch Röntgenstrahlen. Es erfolgten, anfangs in Zwischenräumen von drei bis vier, später von sechs bis acht Tagen, 19 Bestrahlungen von je acht Minuten Dauer bei einem Röhrenabstand von 15 cm. Schon nach 12 Bestrahlungen war das Epitheliom vernarbt, drei Monate nach Beendigung der Behandlung war noch kein Rezidiv aufgetreten. *Götz-München.*

Ein Cancroid auf lupöser Grundlage bei starkem Diabetes, behandelt mit Röntgenstrahlen, von Max Levy-Dorn-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Es handelt sich um eine seltene Vereinigung von Lupus und Cancroid. Gegen dieses Doppelleiden bewährte sich das Röntgenverfahren tadellos, die Komplikation mit schwerem Diabetes würde wohl viele Chirurgen veranlafst haben, eine Operation nicht zu befürworten. Trotz des Diabetes führte hier das Röntgenverfahren nicht zur Gangrän; der Fall spricht also dafür, dafs Diabetes keine Kontraindikation gegen die Anwendung der Röntgenstrahlen bildet. Ein Erfolg wurde trotz der langen Dauer und grofsen Ausdehnung des Leidens ohne wesentliche Reaktion und ohne Belästigung des Patienten bewirkt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Narbencarcinom, entstanden auf der Basis einer alten Brandverletzung, von J. Feldmann. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1903.) Kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über Gallertkrebs der Brustdrüse, von Max Scheiffele. (Dissert. München 1904.) Der Gallertkrebs — im Vergleich mit anderen Brustdrüsenkrebsen — zeichnet sich in hervorragender Weise durch langsames Wachstum aus. Schmerzen und Kachexie treten viel später auf; Verwachsung mit der Unterlage tritt viel später ein. Ulceration und Infiltration der umliegenden Drüsen und Metastasenbildung lassen viel länger auf sich warten. Rezidive endlich nach Totaloperation und Metastasen treten im allgemeinen später auf. Verfasser bezeichnet demnach den Gallertkrebs der Brustdrüse als das relativ günstigste Brustcarcinom. *Fritz Loeb-München.*

Die X-Zellen des Carcinoms, von P. G. Unna. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 74.) Am 23. Juni 1903 demonstrierte Unna zum erstenmal in der biologischen Abteilung des Hamburger ärztlichen Vereins die von ihm vorläufig sog. X-Zellen des spitzen Kondyloms. Unna fand dieselben in sehr vielen Epithelgeschwülsten, und zwar konstant in spitzen Kondylomen und Carcinomen, und hin und wieder in Naevis, und es gelang ihm nachzuweisen, dafs sie durch einen bisher noch unbekannten degenerativen

Prozefs aus den Stachelzellen sich bilden. Doch kann es beim Kondylom sowohl wie beim Hautcarcinom leicht zu Verwechslungen kommen; das spitze Kondylom enthält häufig polynukleäre Leukocyten, von diesen aber unterscheiden sich die X-Zellen durch ihren bei der „Epithelfaser"-Färbung scharf konturierten, homogenen Zelleib und durch ihr Verbreitungsgebiet, denn die X-Zellen bewegen sich nur in einem eng begrenzten Bezirk der Stachelschicht, nahe der Cutisgrenze, wo auch offenbar ihre Geburtsstätte ist.

Wenn es schliefslich nun auch feststeht, dafs die X-Zellen ein Degenerationsprodukt der Stachelzellen sind, so ist doch ihr Nachweis schwieriger im Haut- bezw. Mammacarcinom als im Kondylom, da im Carcinom viele andere epitheliale Degenerationsprodukte, besonders die der hyalinen Degeneration, vorkommen. Sobald die Epithelfasern stark entwickelt und wohl erhalten und von dem Hyalin blofs eingeschlossen sind, alsdann lassen sich die hyalinen Produkte stets sicher von den X-Zellen unterscheiden. Neben dem Faserapparat kann aber auch der Kern ein geeignetes Kriterium zur Unterscheidung geben. „Das Hyalin respektiert regelmäfsig den Kern der Epithelzelle. Wo mithin Kerne in die hyalinen Massen eingeschlossen sind, zeigen diese die Kriterien der Epithelkerne: ein im Kernsaft liegendes Chromatingerüst und einen oder mehrere Kernkörperchen. Die X-Zellen dagegen führen auch in den Carcinomen nur solche Kerngebilde, die stark vergröfserten Kernkörperchen gleichen."

„Unter Berücksichtigung aller erwähnten Verhältnisse der Faserung und der Kerne", schliefst Unna, „ist es mir noch bei jedem einzelnen Carcinom gelungen, eine sichere Differentialdiagnose zwischen Hyalingebilden und X-Zellen zu stellen. Beides sind Degenerationsformen des Epithels, die nebeneinander vorkommen können, sich aber in ihre Genese bedeutend unterscheiden. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Die Radiotherapie bei den malignen Tumoren, von P. François. (*Ann. de Société de Méd. d'Anvers.* August-September 1904.) Statistik über 31 mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von malignen Tumoren. Es waren darunter 4 Lippen- und 3 rezidivierende Mammacarcinome, 1 Drüsen-, 1 Zungen-, 1 Anus- und 1 rezidivierendes Uteruscarcinom, 1 Sarkom der Submaxillardrüse und 1 grofses Sarkom im Abdomen; in den übrigen 18 Fällen handelte es sich um meist ulcerierte Hautepitheliome, die zum Teil schon fünf bis zehn Jahre bestanden. Die Bestrahlung bewirkte in allen Fällen sehr bald vollständiges Verschwinden oder doch beträchtliche Verminderung der oft recht heftigen Schmerzen. Zehn Fälle — neun Hautepitheliome und ein Lippencarcinom — bezeichnet Fr. als vollständig, vier weitere Fälle von Hautepitheliom und zwei Mammacarcinome als fast vollständig geheilt, in einem Falle von Lippencarcinom war der Krebsknoten nach dreimonatlicher Behandlung nicht mehr nachweisbar. Von den übrigen Patienten mit carcinomatösen Neubildungen entzogen sich zwei vorzeitig der Behandlung, in drei Fällen blieb die Bestrahlung ohne Wirkung, in dem Rest der Fälle trat zum mindesten Stillstand des Krankheitsprozesses, meist sogar eine unverkennbare Besserung und Tendenz zur Heilung ein; bei diesen Kranken scheint die Behandlung zum grofsen Teile noch nicht abgeschlossen zu sein. Bei dem Patienten mit Sarkom im Abdomen besserte sich das Allgemeinbefinden in kurzer Zeit ganz auffallend, der Kranke mit Drüsensarkom starb, nachdem infolge der Bestrahlung die Schmerzen bedeutend nachgelassen hatten. — Die sämtlichen Fälle sind in den Jahren 1903 und 1904 behandelt worden, so dafs von Dauerresultaten noch nicht die Rede sein kann. Die der Arbeit beigegebenen Abbildungen von fünf Patienten vor und nach der Behandlung illustrieren die Wirksamkeit der Bestrahlung in überzeugender Weise. *Götz-München.*

Multiples hämorrhagisches idiopathisches Sarkom (Kaposi), von B. Sommer. (*Rev. de la Sociedad médica Argentina.* Bd. IX. S. 669.) Bei dem 46jährigen Patienten

Digitized by Google

zeigten sich zunächst einige Tumoren an den Vorderarmen und an den Händen, sowie an einem Knie. Dann blieb der Zustand während etwa sieben Jahren stationär, um sich sodann über andere Regionen auszubreiten mit Ausschlufs des Rumpfes, der Genitalien, des Gesichtes und des Halses. In anatomo-pathologischer Hinsicht ist die Neubildung als ein Spindelzellensarkom zu bezeichnen und, in Anbetracht der Veränderungen im Gefäfssystem, als ein Sarkoma telangiektodes. Die Behandlung bestand in subcutanen Injektionen von Natriumkakodylat, welches den gewöhnlichen günstigen Erfolg hatte. *C. Müller-Genf.*

Ein Sarkom mit Epitheleinschlüssen. Ein Beitrag zu der Lehre von den sog. atypischen Epithelwucherungen, von Edmund Günder. (Dissert. Würzburg 1904.) Es lag in dem Falle des Verfassers keine Kombination von Sarkom und Krebs vor, sondern atypisch teils progressiv, teils regressiv veränderte Sprengstücke der Anhangsgebilde der Epidermis waren in selten ausgedehntem Mafse in einem Sarkom eingeschlossen und hatten hier weitere Veränderungen erlitten. Unter diesen weiteren Metamorphosen war vor allem interessant die Umbildung von Talgdrüsen zu kleinen Epidermoidcystchen, wobei die epitheliale Talgdrüsenmatrix wieder einige Qualitäten der gewöhnlichen Epidermis, vor allem Hornbildung zeigen konnte.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von multiplem Sarkom, von S. Taylor-London. (*Lancet.* 30. Juli 1904.) Es handelte sich um einen 32jährigen Mann, bei welchem ganz plötzlich ein ziemlich rasch wachsender Tumor in der Bauchwand sich entwickelte, dem in kurzer Zeit eine ganze Reihe anderer Geschwülste von Erbsen- bis Kleinapfelsinengröfse in und unter der Haut folgte. Die Diagnose schwankte zuerst zwischen Mykosis fungoides (es war auch eine kleine ekzematöse Stelle am linken Sprunggelenk vorhanden) und Sarkom, bis die mikroskopische Untersuchung die Diagnose (Kleinrundzellensarkom) sicherte. Patient starb sieben Monate nach Beginn des Leidens. (Abbildung.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

b. *Benigne.*

Beiträge zur Histologie der Angiome, von A. Bing. (Inaug.-Diss. Würzburg 1903.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

Entwicklung von Haemangiomen im Anschlufs an das „Ohrringestechen“, von Springer-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 34.) Mit Recht geisselt Verfasser die alte, barbarische Unsitte des Durchbohrens der Ohrläppchen bei Kindern. Bei dieser „Operation“ sind schon Eiterungen, Erysipele, Infektionen mit Lues und Tuberkulose mehrfach beobachtet worden. In den beiden vom Verfasser in kurzer Aufeinanderfolge beobachteten Fällen handelt es sich um Entwicklung von Haemangiomen im Anschlufs an das Ohrringestechen. Im ersten Fall bestand ein stecknadelkopfgrofses Angiom auf dem Ohrläppchen bereits bei der Geburt. Nach dem Ohrenstechen hatte es sich stark vergröfsert. Im zweiten Falle bildete sich ein schwammiges Angiom auf dem Ohrläppchen unmittelbar als Folge des Ohrringestechens. Die Behandlung geschah mittels des Holländerschen Heifsluftgebläses mit befriedigendem Resultate. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Behandlung der Keloide mit Röntgenstrahlen, von Henry K. Pancoast-Philadelphia. (*St. Louis med. u. surg. Journ.* Jan. 1904.) Auf Grund von vier behandelten Fällen kommt P. zu dem Schlusse, dafs die Keloide zwar einer Besserung durch X-Strahlen zugeführt werden können, dafs diese Behandlungsart aber doch nicht vollkommen normale Wiederherstellung bringt und im Vergleich zu diesen Resultaten zu langwierig ist, ohne aufserdem vor Rezidiven zu schützen. Um letztere zu verhüten, will P. in künftigen Fällen zuerst operieren und dann die Röntgenstrahlen einwirken lassen. *Stern-München.*

Digitized by Google

Condylomata acuminata des Frenulum linguae, von SPRECHER. (*Progresso med.* 1904. Nr. 4.) Es handelt sich um einen Studenten, bei dem der Verfasser jede Art von venerischen oder anderen Affektionen der Genitalien absolut ausschliefsen zu können glaubte. Bei demselben traten nun im Sulcus coronarius eine Reihe von spitzen Kondylomen auf, die exstirpiert wurden. Zirka sechs Wochen nachher stellte sich der Patient wieder beim Verfasser mit zwei kondylomatösen Exkreszenzen am freien Rande des Frenulum linguae, ohne dafs irgendwelcher sexueller Kontakt stattgefunden hätte. Verfasser hält die spitzen Kondylome für kontagiös und glaubt, dafs der Patient die infektiösen Keime von den Genitalien auf das Frenulum linguae übertragen habe. *C. Müller-Genf.*

Die Verruca senilis, von F. SPRECHER. (Inaug.-Diss. 1904.) Die Arbeit, welche nichts wesentlich Neues bringt, beschreibt ziemlich ausführlich, nach einer historischen Einleitung, das klinische Bild, die pathologische Anatomie, die Pathogenese, die Differenzialdiagnose und die Therapie der Dermatose. Was die Beziehungen der Verruca senilis zum Eingeweidecarcinom anbelangt, so konnte der Verfasser in seinen 87 Fällen keine solche konstatieren. *C. Müller-Genf.*

Zahlreiche Warzen an den Lippen und Händen. — Vollständige Heilung in einem Monat, von MANTELIN. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 32.) Einem elfjährigen Mädchen mit sehr zahlreichen Warzen an den Lippenkommissuren und den Händen gab M. täglich 0,6 Magnesia und bestrich aufserdem die Warzen jeden Tag mit folgender Lösung:

Chloral		
Acid. acetic.	āā	1,0
Acid. salicyl.		
Aether	āā	4,0
Collod.		15,0

Nach einem Monat waren sämtliche Warzen spurlos verschwunden. Ob die Magnesia oder das Kollodiumpräparat oder beides zusammen den überraschenden Erfolg herbeigeführt hat, kann M. nicht entscheiden. *Götz-München.*

c. *Pigmentanomalien.*

Über eine melanotische Geschwulst der männlichen Brustdrüse, von BERTOLD BUFF. (Dissert. München 1904.) Es handelte sich wahrscheinlich um ein polymorphzelliges Sarkom mit Pigmentierungen, herrührend von Blutungen, wofür das massenhafte Auftreten von extracellulärem Pigment im Stroma und die bestandenen profusen Blutungen sprächen. Der Patient war 63 Jahre alt. Verfasser gibt kurze Krankengeschichten über acht analoge Fälle, die er in der Literatur fand.
Fritz Loeb-München.

Über einen mit Melanosarkom und Leukosarkom kombinierten Pigmentnaevus, von S. MARCUS. (Inaug.-Diss. Würzburg 1903.) Verfasser glaubt, der UNNAschen Ansicht von der epithelialen Abkunft der Naevus- und Melanosarkomzellen auf Grund von Erfahrungen, die ihm sein Fall boten, sich nicht anschliefsen zu sollen; wenn die Naevuszellen und damit auch die Melanosarkomzellen Abkömmlinge der Epidermis wären, so wäre jedenfalls ihre Fortbildung zu grofsen Spindelzellen, die Zusammenfassung solcher Spindelzellen zu sich innig verflechtenden Faszikeln völlig unverständlich, denn diese Zellformen und diese Art des Aufbaues seien nur bindegewebigen Tumoren eigen, nicht aber epithelialen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von ADDISONscher Krankheit, eingeleitet durch Influenza, von JACQUES-Rochefort-sur-Mer. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 34.) Bei einem 31jährigen Manne trat im Verlaufe einer Influenza eine heftige Magenblutung auf. Ungefähr

Digitized by Google

zwei Jahre später erkrankte der Mann an Addisonscher Krankheit, die nach halbjähriger Dauer zum Tode führte. J. glaubt, dafs die Magenblutung, die sich während der Influenza gezeigt hatte, bereits die erste Manifestation der Addisonschen Krankheit war. *Götz-München.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Runzeln im Gesicht und die Wiederaufrichtung der Brüste. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 34.) Ein aus 200 g Rosenwasser, 50 g Mandelmilch und 4 g Aluminium sulfuricum bestehendes Waschwasser soll, morgens und abends angewendet, die Runzeln der Gesichtshaut beseitigen. — Frauen, deren Brüste schlaff geworden sind, gebrauchen Bäder, denen 5—10 g Natrium arsenicosum und je 200 g Essig, Benzoetinktur und Rosentinktur zugesetzt sind. Um hängende Brüste wieder aufzurichten, wird in Paris jetzt vielfach am oberen Teil der Brüste ein rautenförmiges Hautstück exzidiert; die entstehende Narbe soll unsichtbar sein. Die Urteile über die Erfolge dieser Operation sind verschieden; der eine hat vollständig befriedigende Resultate gesehen, der andere fürchtet, dafs die Narben sich alsbald dehnen. — Eine rauhe Haut ist mit Vichywasser zu waschen: aufserdem werden in die einzelnen rauhen Stellen zweimal täglich einige Tropfen eine der beiden folgenden Mixturen eingerieben:

Aq. rosar.	100,0	oder	*Aq. Aurant. flor.*	500,0
Glycerin. pur.	25,0		*Glycerin.*	50,0
Tannin.	0,75		*Natr. biborac.*	10,0

Götz-München.

Ein Fall von ausgedehnter Varicenbildung an den Bauchdecken, von O. Schöllhammer. (Inaug.-Diss. Würzburg 1903.) Nach der Beschreibung handelte es sich um eine gewaltige Varicenbildung der Venen der Unterbauchgegend, vor allem der Venae epigastricae superficiales und wahrscheinlich auch der Venae pudendae externae. Varicen und variköse Geschwüre bezw. Narben an beiden unteren Extremitäten komplizierten das Bild. Ätiologisch kamen nur Fettherz, Herzschwäche und Adipositas universalis in Betracht. Symptome von Lebercirrhose waren nicht vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Bild ähnlich dem der Hämorrhoidalknoten. — Mit Weigerts Elastinfärbung gelang es, in den Wandungen der erweiterten und entzündlich infiltrierten Venen nur mehr Reste von elastischen Fasern nachzuweisen. *Fritz Loeb-München.*

Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden, von Tillaux. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 22.) T. hält die Hämorrhoiden für ein Symptom des Arthritismus; eine radikale, dauernde Heilung ist nach seiner Auffassung deshalb nicht möglich, es können immer nur die jeweils vorhandenen Symptome zum Verschwinden gebracht werden. Chirurgisches Eingreifen ist nötig bei sehr starken Blutungen und bei immer wiederkehrendem Vorfall der Hämorrhoidalknoten; in beiden Fällen ist die Kauterisierung am Platze, alle anderen Operationen sind zu verwerfen. Bei eingeklemmten Knoten mufs man versuchen, die stets vorhandenen Entzündungserscheinungen und damit auch die Einklemmung zu beseitigen; gelingt das nicht, dann werden die Knoten zuerst abgebunden und dann kauterisiert. Heftige Schmerzen werden am schnellsten und einfachsten durch forcierte Dilatation des Anus zum Verschwinden gebracht.

Götz-München.

Beitrag zur Therapie der Ulcera cruris bei varikösen Venenerkrankungen, von Ludwig von Gosen. (Inaug.-Diss. München 1903.) Verfasser gibt eine Übersicht über die wichtigsten medikamentösen und chirurgischen Heilmethoden, welche gegen

Digitized by Google

Ulcera und Varicen der unteren Extremitäten empfohlen werden. Ein abschließendes Urteil zugunsten eines Verfahrens kann nicht gefällt werden, da das Beobachtungsmaterial einzelner Methoden noch nicht genügend gesammelt ist und auch jeder Fall einer individuellen Behandlung bedarf. *Fritz Loeb-München.*

Zur Heilung der Unterschenkelgeschwüre, von Engelbrecht - Bischweiler. (*Ther. Monatsh.* 1904. Nr. 10.) Verfasser empfiehlt aufs wärmste die Schleichsche Methode, die er bei 33 Fällen mit Erfolg anwandte. Der Hauptzweck ist, die Stauung zu überwinden, auch läßt sie sich leicht applizieren und gestattet dem Patienten, das erkrankte Glied ohne Behinderung zu gebrauchen, wie es auch der Unnasche Zinkleimverband tut. Aber noch besser ist der Schleichsche Peptonpastenverband. Die Paste ist stets fertig, man kann sie in aller Ruhe auftragen und braucht dann erst die Binde anzulegen. Mit 200 g Peptonpaste kann man 8—10 Verbände fertig kriegen. Die über der dick aufgestrichenen Paste angelegte Leinenbinde muß natürlich ideal glatt und gut gelegt sein; sie bildet mit der sie durchtränkenden und erhärtenden Paste eine widerstandsfähige, feste, aber doch noch biegsame Schicht. Am besten legt man darüber noch eine Cambricbinde und darüber eine Stärkebinde. Bei dieser Behandlung hören die Schmerzen schnell auf, die geschwollenen Extremitäten haben nach einigen Verbänden wieder normalen Umfang, die Heilung schreitet schnell vorwärts. Den ersten Verband nimmt man nach zwei Tagen ab, dann läßt man ihn vier Tage liegen; wenn die Sekretion noch mehr abnimmt, so läßt man ihn 5—8 Tage liegen. Die Wunde selbst behandelt man mit Glutolserum. Nach Ausfüllung der Wunde mit Glutol legt man eine achtfache Mullkompresse darüber. Auf diese Weise heilte Verfasser von seinen 33 Fällen 31 glatt. Als Nachbehandlung und prophylaktisch empfehlen sich feste, doppelte Trikotbinden oder Rumpfsche Binden, nur bei sehr starken Varicen der Gummistrumpf. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Wirkung geringgradiger Kältetraumen auf granulierende Wunden, zugleich ein therapeutischer Beitrag, von S. Stiasny-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 9.) S. hat bei einer Anzahl (42) Fälle teils frischer Granulationen, teils älterer Ulcera cruris Kälte einwirken lassen in der Weise, daß er erst die Granulationsflächen von Krusten und Borken reinigte und dann mit Salbe und Äthylchloridspray behandelte; bezüglich der bemerkenswerten Einzelheiten verweisen wir auf das Original. Das Resultat, zu dem S. kommt, ist bei granulierenden Wunden auf sonst normaler Unterlage, z. B. nach mechanischen Schädigungen, günstig, während es bei den Ulcera cruris e varicibus mit der kallös veränderten Umgebung nicht den Erwartungen entspricht. Er empfiehlt daher bei granulierenden Defekten auf traumatischer Basis das Kältetrauma als therapeutisches Adjuvans. Einige Versuchstabellen erhöhen die Übersichtlichkeit der mit Fleiß angelegten Arbeit.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Ein Fall von Alopecia areata, geheilt durch Hochfrequenzströme, von Ugo Gay. (*Rivista internazionale di terapia fisica.* 1904. Nr. 10.) G. erzielte in einem seit vier Jahren bestehenden Falle von Alopecia areata, in dem vorher Faradisation, Massage, Vesikantien, Einreibungen von Salicylsäure und Chinin, Röntgenstrahlen und Finsenbehandlung vergebens angewandt worden waren, durch Hochfrequenzströme innerhalb 18 Tagen vollständige Heilung. — Die Hautveränderungen, die unter dem Einfluß der Hochfrequenzströme eintraten, gehen je nach der Stärke des Stromes von der leichtesten kleinzelligen Infiltration um die Markscheide bis zur heftigen Folliculitis und vollständigen Zerstörung des Haarbulbus; es ist daher erklärlich, daß diese Art von Strömen sowohl bei der Alopecia areata wie bei der Hypertrichosis sehr wohl brauchbar ist. *Götz-München.*

Digitized by Google

Xanthoma, von John V. Shoemaker - Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Aug. 1904.) Verfasser berichtet über einen sehr interessanten Fall multipler Xanthombildungen bei einem 18jährigen, in der Entwicklung zurückgebliebenen Jungen. Die Krankheit hatte vor einem halben Jahre an den Händen begonnen und ungewöhnlich rasche Fortschritte gemacht, auch das Allgemeinbefinden sehr empfindlich gestört. Nach halbjährigem Bestehen war, in Kürze skizziert, der Status folgender: Allgemeine Anämie, subikterische Hautfarbe; Leber und Milz stark vergröfsert; im Urin kein Eiweifs, kein Zucker, aber hyaline Cylinder, weifse und rote Blutzellen. Hände in ganz ausgeprägt symmetrischer Weise von der Xanthombildung befallen, sowohl die Dorsal- wie die Palmarseiten; an letzteren folgen die Knötchen besonders den Gelenkfalten und den Hauptlinien der Hand. Die gleiche Symmetrie erstreckt sich auch auf die übrigen Körperteile: Arme, Rücken, Glutaealfalten, Füfse, Kopf, Augenlider, die Gegenden hinter den Ohren. Auch am Penis finden sich Knoten. Die Lippen, die Mundschleimhaut, Uvula und das Naseninnere sind gleichfalls der Sitz von Krankheitsherden. Die verschiedenen Körperstellen zeigen alle Formen von Xanthombildung: Flecke, Knötchen, sowie gröfsere Knoten; vereinzelte Herde finden sich neben konfluierten. — Während der Beobachtung verschlimmerte sich der Zustand mehr und mehr, der Kranke magerte mehr und mehr ab, wahrscheinlich waren auch innere Organe, besonders die Leber, der Sitz xanthomatöser Ablagerungen. Die Prognose war somit recht ungünstig. — Als besonders bemerkenswert an dem seltenen Krankheitsbilde hebt Verfasser den Beginn im jugendlichen Alter, das Auftreten der ersten Erscheinungen an den Händen, nicht an den Augenlidern, das Befallensein der Schleimhäute und den ungünstigen Verlauf hervor.

In der Diskussion teilt Brayton - Indianapolis einen Fall multipler Xanthombildungen bei einer 39jährigen Frau mit, bei der die Leber nicht beteiligt war; Pusey-Chicago sah einen 16jährigen Jungen mit multiplen Xanthomen und Diabetes insipidus, Lieberthal-Chicago einen jugendlichen Knaben mit Befallensein der Achillessehne; die Sehnenscheide war frei, aber die Sehne war diffus mit xanthomatösem Material infiltriert. Heidingsfeld-Cincinnati beobachtete die Entwicklung multipler Xanthome bei einem 16jährigen, an Mitralinsuffizienz leidenden Jungen nach einem Anfall von Kompensationsstörung, der aufser allgemeinen Ödemen auch Gelbsucht und Leberschwellung zur Folge hatte. — Nicht mit Unrecht sagt Schamberg-Philadelphia, das klinische Bild des vorliegenden Falles erinnere durchaus an eine innere maligne Neubildung mit multiplen cutanen Metastasen. *A. Loewald-Kolmar.*

Über Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex, von Derlin - Stettin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Beschreibung eines Falles von Xanthoma diabeticum, der durch vollständig symmetrische Anordnung der Knötchen auf beiden Seiten ausgezeichnet war, im übrigen aber den bisher beschriebenen Fällen in jeder Beziehung glich. Die seltene Affektion ist nach D.s Ansicht klinisch und histologisch von dem Xanthoma vulgare durchaus zu trennen. *Götz-München.*

Die Hauterscheinungen bei Diabetes insipidus, von Alembert W. Brayton-Indianapolis. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Aug. 1904.) Trockenheit der Haut, verminderte oder aufgehobene Schweifsabsonderung und ein allgemeiner, milder, bei Nacht etwas stärkerer Pruritus, diese Erscheinungen sah Verfasser in drei Fällen von Diabetes insipidus. Mitunter sind es diese Symptome, die den Patienten zum Arzt führen. Die Untersuchung des Urins erst gibt Aufschlufs über die Diagnose.

A. Loewald-Kolmar.

Alimentäre Glykosurie und Myxödem, von W. Knöpfelmacher-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 9.) Angeregt durch die Versuche von Hirschl, dafs die Assimilationsgrenze für Traubenzucker nicht nur sekundär durch Krankheit (Hyper-

Digitized by Google

thyreoidismus: Morbus Basedowii), sondern auch primärpathologisch erhöht sein kann, untersuchte K. zwei Fälle von kongenitalem Myxödem in bezug auf die Assimilationsgrenze für Traubenzucker; gleichzeitig versuchte er, ob sich bei Myxödem durch Schilddrüsenfütterung die Assimilationsgrenze herabsetzen liefse, was ihm in den beiden Versuchen gelang. Einen Grund für diese Assimilationsschwankungen findet K. einmal in der trägen Darmperistaltik, wie z. B. bei Myxödem, anderseits in der beschleunigten Peristaltik und Zirkulation, wie z. B. bei Morbus Basedowii; so haben auch Opiumgaben die Assimilationsgrenze für Zucker erhöht (Versuche von Schlesinger).

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Der Geisteszustand bei Myxödem, von H. Wolseley-Lewis-Banstead. (*Lancet.* 23. April 1904.) Die hierbei zu beobachtenden psychischen Störungen erklären sich ungezwungen als eine Affektion der motorischen Nervenzellen. Die Sensibilität, Perzeptionsfähigkeit und Gedächtnis sind meist nicht oder nur wenig beeinträchtigt. Die Patienten sind aber körperlich und zum Teil geistig zu einer Tätigkeit, zu Bewegungen wenig fähig. Diese Unfähigkeit, sich zu bewegen, ist ihnen in vielen Fällen klar bewufst, und dieser Umstand erklärt die so häufigen Erscheinungen der melancholischen Depression und auf der anderen Seite der Reizbarkeit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Adolf Bayard. (Inaug.-Diss. Basel 1903.) Verfasser kommt, abgesehen von der Bestätigung des typischen Krankheitsbildes, zu folgenden Schlüssen: 1. Das Xeroderma pigmentosum beruht auf angeborener Disposition. Eheschliefsungen unter nahen Blutsverwandten sind relativ häufig (12,5%) zu konstatieren. 2. Das Xeroderma pigmentosum befällt häufig die Augen und deren Umgebung, und zwar lassen sich in den Augenerkrankungen die gleichen Entwicklungsstadien nachweisen wie auf der Haut. 3. Die Blutbefunde unter den verschiedenen Autoren (Okamura, Rieke, Verfasser) decken sich nicht.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Karl Forster-Bern. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 74—77.) In einer Inauguraldissertation veröffentlicht Forster einen seltenen Fall von Xeroderma pigmentosum aus dem Jahre 1901, wie er auf der Berner Hautklinik von Jadassohn beobachtet wurde. Der Patient war ein fünfjähriger Knabe, und die Krankheit hatte 3½ Jahre vorher, also in der Mitte des zweiten Lebensjahres, begonnen; erkrankt sind wesentlich das Gesicht, der Nacken, die seitlichen Halspartien, die Dorsalseite der Hände und der unteren Partien der Vorderarme. Der Patient starb am 30. August 1903; bis Dezember 1902 war sein Zustand ein stationärer, dann aber wucherte ein neuer Tumor auf der Wange, unter dem rechten Auge, der bald so grofs wurde, dafs man vom Auge nichts mehr sah. Angeblich starb der Knabe an „beengter Respiration". Merkwürdig also war der schnelle Verlauf und das jugendliche Alter des Kranken. Aufserdem bot die Familienanamnese und die persönliche Anamnese des kranken Knaben, aber auch die Lokalisation der Tumoren, speziell des Tumors auf der Lippenschleimhaut, und die pathologische Anatomie einige Besonderheiten. Aufserdem war es den Eltern des Kindes schon immer aufgefallen, dafs der Zustand des Kindes durch die Einwirkung des Lichtes (durch den Aufenthalt im Freien) ungünstig beeinflufst wurde. Trotz des jugendlichen Alters war aber der ganze Symptomenkomplex bei dem Kranken sehr deutlich ausgeprägt: Lokalisation am Gesicht, am Hals und den Handrücken, die bunte Mischung von Pigment-, weifsen atrophischen Flecken, von feinsten Ektasien, von Schuppen, Krusten, Narben und von ulcerierten Tumoren, die diffuse Hautschrumpfung, En- und Ektropion, Lichtscheu, Konjunktivalkatarrh. Forster vergleicht genau und eingehend seinen Fall mit denen von 20 Autoren. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Digitized by Google

Ein Fall von Sclerodermia diffusa, von HEINRICH GERRLINGS. (Inaug.-Diss. München 1903.) Im Anschlufs an die Beschreibung des Falles, der ein neunjähriges Mädchen betraf, gibt Verfasser einen Überblick über die Symptomatologie, die Theorien zur Erklärung der Genese des Krankheitsbildes und die Therapie. Die Arbeit bringt nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

Paralysis agitans und Sklerodermie, von LUZZATTO. (*Il Morgagni.* 3. Sept. 1904.) Es handelt sich um einen 66jährigen Mann, der in seiner Kindheit eine Poliomyelitis anterior durchgemacht hatte und bei dem sich acht Jahre vor dem Tode eine Paralysis agitans entwickelte. Zwei Jahre nach dem Beginne des Zitterns trat ferner ein sich allmählich über den ganzen Körper ausbreitendes, festes Ödem der Haut auf, so dafs schliefslich der Patient nicht die geringste Bewegung mehr machen konnte. Die Thyreoidintherapie blieb ohne jeden Erfolg. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab keine Anhaltspunkte für die Erklärung sowohl der Sklerodermie als der PARKINSONschen Krankheit. Verfasser ist deshalb geneigt, die Ursache auf eine Neurose zurückzuführen, wobei er sich auf folgende zwei Umstände stützt: eine kongenitale Asymmetrie des Sakralabschnittes des Rückenmarks und die vorausgegangene Poliomyelitis, welche letztere Affektion (nach DÉJERINE) sich nur bei Individuen mit wenig widerstandsfähigem Rückenmark entwickelt. Was das gleichzeitige Auftreten der Paralysis agitans und der Sklerodermie anbelangt, so glaubt Verfasser nicht, dafs es sich um einen blofsen Zufall handelt, und ist er geneigt, die beiden Krankheiten auf dieselbe Ursache zurückzuführen. *C. Müller-Genf.*

Sekretionsanomalien.

Hyperidrosis pedum und ihre Behandlung mit Kaliumpermanganatbädern, von LUDWIG WEISS-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Aug. 1904.) Nach längeren Bemerkungen über die Physiologie der Schweifssekretion, über die Pathologie des Fufsschweifses und nach einer Aufzählung einer grofsen Reihe von Mitteln, die mit mehr oder weniger Erfolg gegen das Leiden angewendet werden, teilt Verfasser seine Methode mit, die er als völlig ungefährlich, schmerzlos und aufserordentlich wirksam bezeichnet. Sie besteht in der Anwendung starker Lösungen von übermangansaurem Kalium in folgender Weise: Nach einem warmen Fufsbad mit Boraxwasser und Seife am ersten Abend der Behandlung werden die Füfse getrocknet und mit Watte und Benzin von allen Epidermisschuppen gereinigt. Dann kommen sie bis an die Knöchel in eine 1%ige warme Permanganatlösung (10 Gramm auf 1 Liter) eine Viertelstunde lang, werden hernach nicht abgetrocknet, sondern an der Luft trocknen gelassen. Morgens erfolgt Einpuderung mit:

Kal. permangan.	13,0
Aluminis	1,0
Talci.	50,0
Zinc. oxyd.	
Lapid. calaminaris	aa 18,0

Auch die Zwischenzehenräume werden eingepudert und durch Wattebäuschchen von einander getrennt. In dieser Weise wird die Behandlung während etwa 14 Tagen fortgesetzt, in der ersten halben Woche mit 1%igen Bädern, der zweiten mit 2%igen, der dritten mit 3%igen, der vierten mit 6%igen Bädern. Je stärker die Lösung wird, um so heifser mufs das Wasser sein. Die Füfse nehmen nach und nach eine immer tiefer dunkle Färbung an, werden schliefslich kohlschwarz. Das soll aber auch der einzige Nachteil der Methode sein. Der Geruch und das Feuchtigkeitsgefühl verschwinden sofort, Entzündungen und Fissuren an den Zehen heilen ohne die geringsten

Digitized by Google

Schmerzen. Ein Zeichen, dafs die Kur als abgeschlossen betrachtet werden kann, ist das völlige Trockenbleiben der Wattebäuschchen zwischen den Zehen. Die Einpuderungen müssen noch längere Zeit abends und morgens fortgesetzt werden. Eine Woche nach Beendigung der Bäder beginnt die Abschälung der Haut, zunächst an den Fufsrücken, dann in den Zwischenzehenräumen, zuletzt an Sohle und Ferse; die Nägel behalten ihre Färbung monatelang. Empfehlenswert ist das Einlegen von Löschblatt zwischen Sohle und Schuh, sowie das Tragen niederer Schuhe und dünner Beinkleider. Rezidive sind weit seltener als bei irgendeiner anderen Methode und kommen kaum vor dem dritten Monat; der Gebrauch des Streupuders hat in einigen Fällen die Intervalle verlängert. Die Wirksamkeit der Methode beruht auf der reduzierenden und keratinisierenden Eigenschaft des Kaliumpermanganats. *A. Loewald-Kolmar.*

Über das traumatische Emphysem des Gesichtes, von Theodor Imhof. (Inaug.-Diss. München 1903.) Die Arbeit bringt nichts Neues.

Fritz Loeb-München.

Saprophyten und Fremdkörper.

Über einige pathologische Veränderungen der Nieren beim Icterus, von Zeri. (*Il Morgagni.* 1904. Nr. 10.) Nach den Erfahrungen des Verfassers ist es die Regel, dafs im Urinsediment bei Icterus catarrhalis, beim sog. febrilen Icterus Weils, beim Icterus gravis und beim infektiösen Icterus bei der Pneumonie morphotische Bestandteile (Cylinder und Epithelien) gefunden werden. Der Verfasser will sich vorläufig noch nicht über die Prognose dieser Zustände aussprechen und erklärt nur dafs in allen den Fällen, wo neben den Epithelien und Cylindern kein Eiweifs vorgefunden wurde, die Affektion einen milden Verlauf nahm; Vorhandensein von Eiweifs erschwert die Prognose. *C. Müller-Genf.*

Uncinariasis im südlichen Nordamerika, mit besonderer Berücksichtigung des Infektionsmodus, von Claude A. Smith - Atlanta. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Aug. 1904.) Die Uncinariasis oder Hakenwurmerkrankung ist ein im Süden der Vereinigten Staaten häufiges Leiden und beruht auf der Einwanderung von Uncinarialarven in den Darm. Nach den Beobachtungen des Verfassers zeigt sich die Krankheit nur bei Leuten, die im Laufe der letzten Jahre an Fufsjucken („ground itch“) gelitten haben, und zwar ist die spätere Erkrankung in ihrer Schwere abhängig von der Zahl und Intensität der vorausgegangenen Juckanfälle. Verfasser unterscheidet drei Grade:

1. Milde Fälle: ein oder zwei Juckanfälle, wenig Parasiten im Darm, keine ausgesprochenen Krankheitssymptome.

2. Mittlerer Typus: mehr als zwei Juckanfälle, Parasiten im Darm zahlreicher, Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehalts, aber nur mikroskopisch nachweisbar.

3. Schwere Fälle: zahlreiche Juckanfälle, massenhafte Parasiten im Darm, schwere Anämie mit ausgesprochenen klinischen Erscheinungen.

Die Diagnose wird durch den Nachweis der Eier im Stuhl gestellt, und die Krankheit wird mit Erfolg durch innerliche Thymoldarreichung bekämpft.

Verfasser hat festgestellt, dafs das Leiden mit der Einwanderung von Larven in die Haut der Füfse beginnt. Gelegenheit dazu wird durch Barfufslaufen bei warmem, regnerischem Wetter oder über Düngerboden gegeben. Als erstes Symptom tritt nach sehr kurzer Zeit heftiges Jucken zwischen den Zehen auf, es erscheinen kleine, hyperämische Flecke, die sich zu Blasen umwandeln; die Blasen konfluieren, platzen, und erst nach Wochen erfolgt Abheilung.

Digitized by Google

Der Ansicht, dafs auch auf anderem Wege als dem angegebenen, z. B. durch Essen von Erde (bei Kindern), Uncinariasiserkrankungen zustande kämen, tritt Verfasser entgegen. Den Beweis für die Richtigkeit seiner Beobachtungen hat Verfasser durch das Experiment erbracht. Er legte einem Manne Erde, die Uncinarialarven enthielt, für einige Minuten auf den Arm, nach kurzer Zeit erschien das typische juckende Hautexanthem, das in typischer Weise ablief, und sieben Wochen später erschienen die Eier im Stuhl des Mannes. Larven in der Haut hat Verfasser allerdings bisher noch nicht nachzuweisen vermocht. — Prophylaktisch ergibt sich demnach als einfachstes und sicherstes Mittel das Verbot des Barfufslaufens bei feuchtem Wetter. Ein Freihalten der Erde von Uncinariaeiern ist bei der im Krankheitsgebiet durchaus mangelhaften Abfuhr der Fäkalien unmöglich. *A. Loewald-Kolmar.*

Mifsbildungen.

Naevi pigmentosi disseminati bei hochgradigem, stets zunehmendem Hydrocephalus eines neugeborenen Kindes, von Eduard Frank. (Inaug.-Diss. München 1903.) Da im beschriebenen Falle mit dem Wachsen des Hydrocephalus auch eine Vermehrung der Naevi erfolgte und zudem auch eine Zunahme der Intensität der Pigmentation und eine Flächen- und Volumausdehnung derselben, drängte sich dem Verfasser die Frage auf, ob nicht doch ein Zusammenhang beider Affektionen bestehe. Er beantwortet dieselbe in positivem Sinn. Auf Grund des pathologischen und mikroskopischen Befundes erschien es als wahrscheinlich, dafs die Naevi infolge einer trophisch-vasomotorischen Anomalie entstanden sind. Auf das Bestehen eines Zusammenhanges zwischen Naevi und Nervensystem wies vor allem neben dem bestehenden Hydrocephalus das Vorhandensein schwärzlicher Flecken im Grofshirn hin, wobei ein der Kapillarverbreiterung entsprechendes Netzwerk dünner Stränge mit kugeligen, intensiv schwarz pigmentierten Zellen ausgefüllt ist. Aufserdem bestanden noch neben den zahlreichen Degenerationsprozessen im Rückenmark unterhalb der Geschwulstalveolen des Kleinhirns längs der Verlaufsrichtung der Fasern in der Marksubstanz schmale, lange Züge, die ebenfalls stark pigmentierte, rundliche Zellen enthielten. *Fritz Loeb-München.*

Naevi linearis. Einige klinische und pathologische Betrachtungen über Naevi im besonderen und die Dermatologie im allgemeinen, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Aug. 1904.) „Dunkelstes dermatologisches Afrika" nennt Verfasser das Gebiet der Naevi, und das der Naevi linearis einen besonders dunklen Teil. Verfasser sieht in dem Linearnaevus eine dermatologische Affektion sui generis, die in den meisten Fällen leicht als solche zu erkennen ist. Grofse Verschiedenheiten im klinischen Aussehen, in der Lokalisation, der Dauer, der Entwicklung und in den sekundären Veränderungen haben eine unendliche und unnötige Verwirrung in der Klassifizierung angerichtet und zu einem unseligen Überflufs von Bezeichnungen geführt. Auch die Pathologie ist eine sehr mannigfaltige. Klinisch ganz ähnliche Gebilde zeigen sehr erhebliche histologische Differenzen, ebenso einander unmittelbar benachbarte Gebilde bei demselben Patienten; oft besteht täuschende histologische Ähnlichkeit zwischen einem Linearnaevus und dem Bild einer dermatologischen Affektion, die gänzlich anderen Charakters ist. So ist der Naevus linearis eine treffende Illustration gewisser Schwächen unserer modernen Dermatologie, einmal der Neigung, zu individualisieren und dadurch zu komplizieren, statt zu generalisieren und dadurch zu vereinfachen, und zweitens der Neigung, auf der Histopathologie allein Diagnosen aufzubauen, während sie vorläufig wenigsten's nur einen rein bestätigenden Wert beanspruchen kann. *A. Loewald-Kolmar.*

Digitized by Google

Über die krebsige Entartung der Kopfatherome, von Denis G. Zesas. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Zusammenstellung der wichtigsten bisher erschienenen Arbeiten über die krebsige Entartung der Kopfatherome und Mitteilung der Krankengeschichte einer 68jährigen Frau, bei der sich auf der hinteren Hälfte der Kopfhaut aus mehreren Atheromen ein ausgedehntes, carcinomatöses, eitersezernierendes, mit dem Periost verwachsenes Geschwür entwickelt hatte. Das Geschwür wurde exzidiert; die Patientin ging nach wenigen Wochen an einer Pneumonie zugrunde. *Götz-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die Genitaltuberkulose im Kindesalter und ihre Behandlung, von V. U. Fulconis. (*Thèse de Bordeaux.* 1904.) Nach den Untersuchungen des Verfassers ist die tuberkulöse Epididymitis häufiger als die einfache Hodenentzündung. Nebenhoden und Vas deferens können gleichzeitig von der Infektion betroffen werden. Samenblase und Prostata erkranken viel seltener tuberkulös. Ihre Heilung erfolgt nach der Erfahrung des Verfassers zugleich mit derjenigen der Hodenerkrankung. Die frühzeitige Kastration ist dem Verfasser ein zu radikales Mittel. Er ist mehr für frühzeitige Spaltung des Abscesses, Auskratzung und Kauterisation und rät, dieses Verfahren im Laufe von ein oder zwei Wochen zu wiederholen. Die Therapie eines eventuellen Narbenrezidivs ist die der primären Erkrankung. Die Affektionen des Vas deferens, der Samenblase und der Prostata heilen meist spontan.

Fritz Loeb-München.

Wirkungen und Nebenwirkungen neuerer Urinantiseptika (Urotropin, Helmitol, Hetralin), von Goldberg-Wildungen. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1904. Nr. 22.) Verfasser stellt zunächst fest, daſs die inneren Harnantiseptika die örtliche Behandlung der Cystitiden nicht überflüssig macht, und daſs bei Cystitis infolge von Geschwülsten alle inneren Antiseptika erfolglos sind. Wenn sich auch Urotropin im ganzen gut bewährt hat, so sind doch wegen häufiger Miſserfolge, wegen übler Nebenwirkungen und wegen des hohen Preises Ersatzmittel desselben erwünscht. Verfasser hat mit den drei Präparaten an Gesunden und Kranken Versuche angestellt, und das Resultat derselben scheint zugunsten des Hetralin zu sprechen. Die entwicklungshemmende Wirkung auf die Infektionserreger scheint bei Helmitol und Hetralin etwas stärker zu sein als bei Urotropin, dagegen sind unangenehme Nebenwirkungen bei Hetralin am geringsten. In einer Reihe von Beobachtungen hat Verfasser mit Hetralin günstige Erfahrungen gemacht und empfiehlt dessen Anwendung besonders in den Fällen, wo trotz geeigneter sonstiger Behandlung Urotropin im Stiche läſst.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Helmitol, von M. Lewitt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.) Sammelreferat mit folgendem Ergebnis: Helmitol wirkt zuverlässig bei Cystitis non blennorrhoica, Urethrocystitis, Prostatitis, Pyelitis, sowie bei Bakteriurie und Phosphaturie. Bei Urethritis posterior blennorrhoica vernichtet es zwar nicht die Gonokokken, beeinfluſst aber den entzündlichen Prozeſs günstig und kann vermutlich dadurch, daſs es dem Urin sehr bald nach der Aufnahme saure Reaktion verleiht und ihn desinfiziert, die Fortsetzung der Entzündung auf die Blase verhindern. Auch alte bakteriurische Abscesse und Urethralabscesse, die einer Urotropintheorie getrotzt hatten, kamen schnell zur Heilung. Helmitol wird in Gaben von 1 g dreimal täglich gereicht und am besten in Tablettenform (Originalpackung Bayer) verschrieben. *A. Loewald-Kolmar.*

Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat, von Rudolf Riegner-Berlin. (*Berl. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 27.) Verfasser hat auf der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban Hetralin in verschiedenen Fällen von Cystitis mit durchaus befriedigendem Erfolge angewandt. In einem Falle von Phosphaturie wurden das Phosphatsediment und die Blasenbeschwerden prompt beseitigt, und bei Rückenmarkskranken mit Störungen der Urinentleerung wirkte Hetralin prophylaktisch, indem es die Entstehung einer Cystitis verhinderte. Magenbeschwerden sind niemals nach Hetralin aufgetreten. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Über Hetralin, ein neues internes Harnantiseptikum, von Ludwig Epstein-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 35.) Mit Hetralin, einem Derivat des Urotropins, wurden eine Anzahl akuter und chronischer Cystitiden in oft überraschend kurzer Zeit geheilt resp. gebessert. In zwei Fällen von Blasen- und Urogenitaltuberkulose versagte das Mittel. Es leistet dasselbe, in manchen Fällen mehr als Urotropin; der Preis ist der gleiche, doch ist Urotropin, als Hexamethylentetramin verschrieben, erheblich billiger. *A. Loewald-Kolmar.*

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Zur Behandlung der Phimose, von Wilhelm Bartsch. (Inaug.-Diss. München 1903.) Verfasser faſst das Ergebnis seiner Erfahrungen folgendermaſsen zusammen: 1. Jede Phimose soll operiert werden, ganz gleich, welche Ursache vorliegt. 2. Als Anästhesierungsverfahren ist fast immer das Oberstsche angezeigt. 3. Die Operationsmethode wird in den meisten Fällen die Circumcision sein. *Fritz Loeb-München.*

Über die Becksche Methode der Hypospadieoperation, von C. Bötticher-Gieſsen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) Zehn Fälle von Hypospadie nach Becks Methode operiert (Freipräparierung der Harnröhre, Vorwärtsdislozierung durch einen in die Glans gebohrten Tunnel, Befestigung des vorderen Endes an der Kuppe der Eichel), haben ein so gutes Endresultat gezeitigt, daſs Verfasser der Ansicht Königs, die Methode werde alle bisherigen Methoden überflüssig machen, sich anschlieſst. In sechs Fällen genügte ein einziger Eingriff bei durchschnittlich nur 14 tägiger Nachbehandlung, um die vorgelagerte Harnröhre vorn an der Eichel für immer und mit genügend weiter Endöffnung zur Einheilung zu bringen. In drei Fällen bedurfte es allerdings einer Wiederholung der Operation. Funktionell wie kosmetisch waren die Resultate gleich befriedigende. Der Heilungsverlauf kann eine Störung erfahren durch Erektionszustände, sowie durch Urinverhaltung. Die Einführung eines Verweilkatheters nach der Operation befürwortet Verfasser nicht; nur im Notfall soll man katheterisieren. Nachträglich entstandene Harnfisteln können bei der Nachbehandlung Schwierigkeiten machen. In einem Falle von Penishypospadie machte die starke Peniskrümmung öftere Bougierungen notwendig. — Verfasser rät auf Grund der Erfahrungen in der Gieſsener Klinik, die Operation nicht vor erreichtem dritten Lebensjahre auszuführen. *A. Loewald-Kolmar.*

Symbolae ad morphographiam membri virilis, von R. Bergh. (*Nord. med. Arkiv.* 1904. Heft 2. Nr. 5.) Die Ergebnisse seiner Untersuchungen an 2850 Männern zeigen folgendes: Die Länge, sowie die Dicke des Penis variiert nach Individualität, teilweise auch nach Nationalität. Bei normalen Verhältnissen des Scrotums ruht der schlaffe Penis auf der Mittelpartie desselben mehr oder weniger schräge gegen unten gerichtet, doch sind Abweichungen nicht selten. Meist geht das Scrotum in den hintersten Teil des Penis über, mitunter liegt der Übergang weniger weit zurück, in vier Fällen wurde das Scrotum sich gleichsam faltenartig nach vorne längs der Unterseite des Penis bis 2—3 cm hinter der Glans fortsetzend gesehen. Bisweilen zeigt der Penis eine Torsion um seine Längsachse. Die Vorhaut ist bei Neugeborenen

Digitized by Google

ziemlich lang, hat eine enge Öffnung und läfst sich nicht oder nur schwer über die Glans zurückschieben, oft bleibt eine Phimose persistent etwa bei $1^1/_2$%. Die Oberfläche der Eichel zeigt sich bei Individuen mit in statu laxo deckender Vorhaut fast glatt, rötlich, von dünnem Epithel überzogen, bei kurzer Vorhaut ist sie blasser und von dickerem Epithel bedeckt, Unsauberkeit und allzu reichliche Smegmabildung bedingen kaum eine stärkere Entwicklung der Papillen, ebensowenig die Länge der Vorhaut oder die Gröfse der Glans.

An der Spitze der Glans findet sich die senkrechte, spaltenartige Harnröhrenmündung, mitunter ein wenig mehr nach oben oder unten, einzelne Male so weit nach unten, dafs fast ein Übergang zu der Hypospadie gemacht wird. Die gewöhnliche Form ist die einer Spalte mit gegeneinanderliegenden glatten Lippen, bei einigen fand B. sie S-artig gebogen, bei anderen 8-förmig, pfeilförmig, umgekehrt pfeilförmig, bei anderen fand sich eine von der Mitte jeder Lippe entspringende kurze, schräge, ziemlich oberflächliche Spalte nach unten oder oben gerichtet, wie überhaupt viele Abweichungen von der Norm vorkamen. Sehr oft kommen feine Öffnungen aufserhalb oder innerhalb des Orificium vor. Die Hypospadie, eine Hemmungsbildung, wurde sehr oft beobachtet, 32mal bei 1868 Individuen, eine Raphe penis fehlte bei zehn Individuen, bei anderen lag sie verschieden gelagert. Die Glans hat meist normale Form, mitunter ist sie etwas abgeplattet, breiter oder zusammengedrückt.

Eine Reihe guter Abbildungen zeigt zahlreiche von B. beobachtete Abweichungen von den normalen männlichen Geschlechtsteilen, die sämtlich aufzuführen nicht möglich erscheint; im ganzen sind 24 Bilder des Orificium in verschiedener Form dargestellt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Frage des Priapismus, von M. v. Margulies-Odessa. (*Die med. Woche.* 1904. Nr. 45.) Der Priapismus, d. h. eine lange anhaltende Erektion des Penis, welche mit schweren und unangenehmen Empfindungen einhergeht und von Wollust absolut nicht begleitet wird, ist eine pathologische Erscheinung und wird durch verschiedene Ursachen erzeugt, welche auf irgendeine Weise eine Reizung des Erektionszentrums bedingen. Was die peripherischen Ursachen der Erektion betrifft, so kommen verschiedene akute Affektionen der Geschlechtsorgane (akute Urethritis, Prostataerkrankungen) an erster Stelle in Betracht, seltener chirurgische Erkrankungen des Penis. Auch kann der Priapismus das Resultat eines im Rückenmark selbst in der Nähe des Erektionszentrums lokalisierten wirkenden Reizes sein. Er kann in Form einer konstanten Erscheinung (Priapismus amatorius) oder in Form eines mehr oder minder andauernden akuten Anfalls auftreten. Einen Fall letzterer Form bei einem 57jährigen Feldscheer beschreibt Verfasser genau. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Priapismus nocturnus chronicus, von Peter. (Nach *Rivista medica.* 1904. Nr. 8.) Der Verfasser unterscheidet in bezug auf die Ätiologie den akuten und den chronischen Priapismus. Während nämlich ersterer mit akuten Veränderungen in den Harnwegen oder im Rektum verbunden ist, ist die Ursache des letzteren meist im Rückenmark zu suchen; Rückenmarksneurosen, Tabes. Zuweilen kann aber die Ursache auch eine periphere sein: Traumen der Harnröhre, Hyperämie oder entzündliche Zustände derselben, besonders in der Gegend der Prostata. *C. Müller-Genf.*

ur Kasuistik der Periurethritis des Mannes, von Eduard Schilcher. (Dissert. München 1903.) Verfasser unterscheidet eine Periurethritis extrafascialis = Entzündung der Haut und des Unterhautzellgewebes, eine Periurethritis intrafascialis (externa, interna und mixta) = Entzündung des innerhalb der Fascia perinei superficialis gelegenen Zellgewebes. Was die Häufigkeit der Entzündungen des Unterhautzellgewebes und der entzündlichen Vorgänge in den beiden periurethralen Abteilungen anlangt, so sind erstere allein verhältnismäfsig selten, während sich die

primär entstandenen so ziemlich das Gleichgewicht halten. Bezüglich der Entzündung des Unterhautzellgewebes bemerkt Verfasser, dafs dieselbe in der Form der Drüsenentzündungen der Haarbälge und nach Traumen auftritt. In ersterem Falle ist die Entzündung scharf umschrieben, um später in die diffuse Form überzugehen, während die traumatische Form mehr diffus auftritt. *Fritz Loeb-München.*

Traumatische Gangrän des Hodensacks mit fast totaler Ablösung desselben; Genesung bei plastischer Operation zur Bildung eines neuen Skrotums, von A. G. Bissett-Glasgow. (*Lancet.* 25. Juni 1904.) Bei der Seltenheit eines glücklichen Ausganges solcher Fälle hat Verfasser es angezeigt gefunden, die Krankengeschichte dieses 43jährigen Mannes ausführlich mitzuteilen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Technik der Urethroskopie, von P. Meissner. (*Die med. Woche.* 1904. Nr. 43.) Um ein deutlicheres urethroskopisches Bild fürs Auge zu machen, injizierte M. eine Kollmannsche Kokainspritze mit einer „Hemisine" (Adrenalin)-Lösung von 1 : 10000 in die Urethra und wartete drei Minuten vor Einführung des Urethroskop, die dann schmerzlos war. Das urethroskopische Bild ergab, dafs die ganze Schleimhaut blafs geworden war, während die entzündeten Follikel sich als deutliche rote Punkte markierten, allerdings waren auch die nicht entzündeten als gerötete Bezirke sichtbar, aber gegenüber den entzündeten leicht erkennbar blafs. Die Erklärung dieser Erscheinung ist einfach. Durch die Nebennierenextraktlösung wird die Schleimhaut oberflächlich blutleer gemacht, während die Blutfülle der in die Tiefe gehenden Follikel nicht beeinflufst wird. Auf diese Weise schafft man sich eine ganz vorzügliche Differenzierung des urethroskopischen Bildes, welches sowohl die Diagnose erleichtert, als auch die therapeutischen Eingriffe sicherer gestaltet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Ruptur der Harnröhre; deren Behandlung mittels kombinierter Drainage (per urethram und durch die Bauchwand), von H. Rutherford-Glasgow. (*Lancet.* 10. Sept. 1904.) Verfasser hat seit einer früheren Publikation noch weitere vier Fälle nach folgendem Verfahren erfolgreich behandelt. Zunächst wird die hochstehende, volle Blase von der Bauchwand her mit einem ziemlich dicken Trokar punktiert und ein Nelaton-Katheter (Nr. 9—10) eingelegt, welcher mittels eines Kollodiumverbandes festgeheftet wird. Erst 48 Stunden später wird auf die verletzte Harnröhre mit einer breiten Inzision eingegangen, und nach Freilegen der zerrissenen Teile ein möglichst grofser Katheter (eventuell unter Inzision des Meatus) durch die ganze Länge der Urethra bis in die Blase hineingeführt und in dieser Stellung mit Kollodiumverband befestigt. Auf diese Weise werden die verletzten Teile einander möglichst nahe gebracht, und Nähte sind gänzlich überflüssig. Allenfalls werden die Ränder der mit Jodoformgaze ausgestopften Perinealwunde einander durch Nähte genähert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Therapie der Leukoplakia urethralis, von H. Ludwig - Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 39.) L. erzielte in drei Fällen von Leukoplakia urethralis bei Blennorrhoikern mit dem von Winternitz gegen Leukoplakia oris empfohlenen Heidelbeerdekokt (Vaccinium Myrtillus) Heilung. Er liefs, während er gleichzeitig den bestehenden chronischen Tripper behandelte, dreimal täglich mit der gewöhnlichen Tripperspritze Heidelbeerdekokt in die Urethra injizieren und längere Zeit zurückhalten; der Erfolg war, dafs die Flecken noch vor Beendigung der Tripperbehandlung definitiv verschwanden. *Götz-München.*

Zur Therapie der Leukoplakia urethralis, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Die jüngst von H. Ludwig gerühmte Behandlung der Leukoplakia urethralis mit Einspritzungen von Heidelbeerdekokt ist,

Digitized by Google

wie K. mitteilt, bereits 1891 von J. Grünfeld empfohlen worden. K. selbst hat vor einiger Zeit einen Fall von ungewöhnlich ausgedehnter Leukoplakia oris ohne Erfolg mit Heidelbeerdekokt behandelt, dagegen leisteten ihm die Injektionen, die auch schon Winternitz gegen Tripper empfohlen hat, in einigen sehr hartnäckigen Fällen von Blennorrhoe sehr gute Dienste. Einer allgemeinen Anwendung des Medikaments steht jedoch die Umständlichkeit seiner Darstellung und seine geringe Haltbarkeit im Wege.

Götz-München.

Über den Schwund der Harnblase durch tuberkulöse Geschwüre, von A. Heiler. (Inaug.-Diss. Greifswald 1903.) Kasuistische Arbeit.

Fritz Loeb-München.

Verschiedenes.

Eine neue Federdruckinjektionsspritze mit Abstell- und Reguliervorrichtung für Öle und Flüssigkeiten, speziell für Jodipin, von Arthur Strauss-Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 34.) Die intramuskulären Injektionen dicköliger Medikamente, wie z. B. des 25%igen Jodipins, erfordern, mit den gewöhnlichen Spritzen vorgenommen, großen Kraftaufwand, so daß die den Druck ausübende Hand leicht ermüdet; die Einspritzungen verursachen überdies dem Kranken Schmerzen, weil die Spitze der Nadel nie ruhig steht und infolgedessen das Gewebe fortwährend zerrt. Nun hat Str. eine neue Spritze konstruiert, mit der Öle wie Flüssigkeiten leicht, sicher und ohne Schmerzen für den Patienten injiziert werden können. Die ganz aus Metall gefertigte, 20 g haltende Spritze entleert selbsttätig ohne jede Druckanwendung durch eine im Innern angebrachte Feder, sie kann auf einen beliebigen Inhalt eingestellt werden, der Abfluß läßt sich durch einen Arretierstift in seiner Geschwindigkeit nach Wunsch regulieren und auch vollständig unterbrechen. Die Nadel bleibt während der Injektion in ruhiger, fester Lage. Die Spritze, die auch zu Schleichschen Infiltrationen sehr gut verwendet werden kann, wird von der Aktiengesellschaft für Feinmechanik, vorm. Jetter & Scheerer in Tuttlingen hergestellt.

Götz-München.

Eine neue dermotherapeutische Bestrahlungslampe, von Jessionek-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) Beschreibung und Empfehlung einer neuen Bestrahlungslampe, die bei Benutzung von Glaslinsen die Verwendung konzentrierten elektrischen Lichtes für die Behandlung von Hautkrankheiten mittels fluoreszierender Stoffe nach Tappeiner, bei Benutzung von Quarzlinsen die dermotherapeutische Anwendung der ultravioletten Strahlen im Sinne Finsens ermöglicht. Die kompendiöse, ungemein einfache und verhältnismäßig billige Lampe ist für den Handgebrauch bestimmt und für einen Strom von maximal 6 Ampère eingerichtet, kann also an jede für gewöhnliche Beleuchtungszwecke vorhandene Gleichstromlampe angeschlossen werden; sie hat vor den bisher gebräuchlichen Bestrahlungslampen drei wesentliche Vorzüge voraus: es kommen alle erzeugten Lichtstrahlen zur Verwertung, die Linsen springen nicht, und ihre Oberfläche kann nicht durch anprallende Kohlepartikelchen lädiert werden. Bezüglich der Einzelheiten der Konstruktion der Lampe, die von W. Sedlbauer, Werkstätte für Präzisionsmechanik und Elektrotechnik, hergestellt wird und den Finsen-Apparat vollständig ersetzt, muß auf das Original verwiesen werden.

Götz-München.

Digitized by Google

Einige Fälle aus der Gaucherschen Klinik im Hôpital St. Louis in Paris, von T. L. Bunch-London. (*Lancet.* 8. Okt. 1904.) Dieser Aufsatz enthält eine Reihe von Einzelheiten, welche sich im Referate nicht wiedergeben lassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dr. Unnas Kurse über alle Gebiete der Dermatologie finden zu Hamburg, Osterstraße 29, im Frühjahr und Herbst je drei Wochen hindurch statt. Die Kurse werden abgehalten in dem neuerbauten Dermatologicum, welches mit einem großen, mit epidiaskopischem Projektionsapparat (Zeiss) versehenen Hörsaal ausgestattet ist. Außerdem sind spezielle Arbeits- und Hörräume vorhanden für Histologie, Bakteriologie, Photographie und Finsentherapie. Die Kurse berühren alle wichtigen Gebiete der Dermatologie unter spezieller Berücksichtigung der Histopathologie und der sich auf ihr aufbauenden Diagnose und Therapie.

Es finden folgende Vorlesungen statt:

Barghm:	Normale Histologie der Haut. Mit epidiaskopischen Projektionen	2 Std.
Delbanco:	Histopathologie der Haut. Mit epidiaskopischen Projektionen	3 Std.
Dreuw:	Photographie; Mikrophotographie; Mikroprojektion	4 Std.
Krause:	Bakteriologie	2 Std.
	Histologische Technik mit Übungen	8 Std.
Leistikow:	Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten	2 Std.
Levi:	Dermatotherapeutische Präparate	2 Std.
Pappenheim:	Theorie der Färbung	2 Std.
Unna:	Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Mit epidiaskopischen Projektionen	2 Std.
	Poliklinische Demonstrationen	3 Std.
Wulff:	Urologie	2 Std.

Die Kurse und Übungen entfallen in der Hauptsache auf den Vormittag; die Nachmittage sind zum Teil für private Betätigungen ganz frei. Wohnungen werden nachgewiesen durch den Institutspräparator Krüger, Osterstraße 129.

Das Honorar für den Gesamtkursus beträgt 120 Mk., für einzelne Kurse 20 Mk.; Plätze für histologisches Arbeiten stehen außerhalb der Zeit des Kurses zur Verfügung. Gebühr per Monat 30 Mk.

Der nächste Kursus findet vom 27. März bis 15. April 1905 statt. Spezielle Auskunft erteilt Dr. Dreuw, Altona, Schulterblatt 143.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. №. 4. 15. Februar 1905.

Aus Prof. Dr. S. Ehrmanns Laboratorium in Wien.

Beitrag zur Kenntnis der frischen Narbe nach einem papulo-tuberösen Syphilid.

Von

Johannes Fick,
approb. Arzt aus Kegel (Rufsland, Gouv. Estland).

(Mit einer Tafel.)

Bei der histologischen Untersuchung einer frischen elevierten Narbe nach einem papulo-tuberösen, gruppierten Syphilid (Tuberculum cutaneum) konnte ich an den Lymphgefäfsen der Cutis einen auffallenden und, wie mir scheint, bisher nicht bekannten Befund erheben, welcher im folgenden kurz mitgeteilt werden soll.

Die Krankengeschichte der Patientin, von welcher das Untersuchungsmaterial stammt, ist kurz folgende:

Unter der linken Mamma eine mehr als flachhandgrofse Stelle, besetzt von drei ca. kindsflachhandgrofsen Gruppen von Efflorescenzen, die schräg untereinandergestellt sind, von innen oben nach aufsen unten, so dafs die untere noch etwas über den Rippenbogen hinausgreift. Die mittlere besteht aus plateauartig elevierten, scharf begrenzten, weifslich-bläulichen, nur wenig Hyperämie zeigenden Narben. Nach aufsen von dieser mittleren Gruppe zieht sich gegen die Achselhöhle zu ein Streifen hanfkorn- bis linsengrofser, fast ganz im Hautniveau liegender, mehr weifser, fast gar nicht hyperämischer Narben, welche offenbar die älteren sind. Die obere Gruppe stöfst an die Mittellinie und zeigt in der Peripherie ein bogenförmig gestelltes, durch Konfluenz mehrerer Efflorescenzen entstandenes, braunrotes Infiltrat, das teilweise schuppt, teilweise von Krusten gedeckt ist. Auf der anderen Seite ist die Gruppe umgeben von etwas abgeflachten, bräunlichen Papeln, während die Mitte von weifslich-blauen, plateauartig elevierten, über linsengrofsen Narben eingenommen ist. Die unterste Gruppe zeigt eine ähnliche Beschaffenheit wie die obere, nur geht das Infiltrat mehr rings um die ganze Gruppe und die zentralen Narben sind weniger eleviert und untermischt mit nicht elevierten pigmentierten Stellen und nicht elevierten hyperämischen Narben. Auf dem Kinn rechts und links, untermischt mit Aknepusteln, eine Reihe bräunlicher, leicht schuppender Papeln. Diagnose: Ein gruppiertes, krustöses und tuberkulöses, serpiginös fortschreitendes Syphilid mit noch Granulom enthaltenden

Narben. — Auf antiluetische Behandlung trat eine Abflachung, teilweise vollständige Heilung der Infiltrate ein; die Patientin entzog sich vor Beendigung der Kur der Beobachtung.

Von den elevierten Narben wurde eine exzidiert, in absolutem Alkohol fixiert, dann in Alkohol von steigender Konzentration gehärtet und in Paraffin eingebettet. Gefärbt wurden die Schnitte mit polychromem Methylenblau und nach UNNA-TAENZER.

Die Untersuchung ergibt folgendes:

Die Epidermis ist in toto verdünnt, die Reteleisten sind gröfstenteils verstrichen, nur einzelne abgeflachte Leisten erhalten. Die Hornschicht erscheint im Verhältnis zum Rete Malpighi relativ bedeutend und in Berücksichtigung der Körperregion, der das Untersuchungsmaterial entstammt, auch absolut etwas verdickt. Sie ist ein wenig aufgelockert, enthält aber keine tingiblen Kerne. Das Stratum granulosum ist als kontinuierliche Schicht deutlich erkennbar. Das Rete ist verschmälert, zeigt im übrigen keine Abweichungen von der Norm. Die Cutis bietet das Bild einer frischen Narbe. Die Papillen fehlen fast überall vollkommen. Die kollagenen Bindegewebsbündel zeigen einen leicht geschlängelten, der Oberfläche annähernd parallelen Verlauf. Von elastischen Fasern sieht man mit schwacher Vergröfserung nur an einzelnen Stellen unregelmäfsig angeordnete, sich relativ hellbraun färbende Fasern und erst die starke Vergröfserung läfst feinste neugebildete Fasern in reichlicher Menge erkennen. An einzelnen Stellen finden sich mit dem kollagenen Gewebe zusammenhängende, homogen erscheinende Massen, die bei Färbung mit polychromem Methylenblau auch nach energischer Differenzierung leicht himmelblau gefärbt erscheinen. Die fixen Bindegewebszellen sind in der ganzen Cutis, besonders aber in dem der Epidermis zunächst gelegenen Gebiet bedeutend vermehrt. Sehr zahlreich finden sich EHRLICHsche Mastzellen; die Zellen sind ungewöhnlich grofs und es prävalieren die bedeutend in die Länge gezogenen und mit langen, feinen, wohl auch verästelten Fortsätzen versehenen Zellen vor den mehr rundlichen Formen.

An weiteren zelligen Elementen finden sich: mononukleäre Leukocyten, Plasmazellen, Riesenzellen und endlich Zellen, welche in ihrem Aussehen vollkommen den epitheloiden Zellen beim Lupus entsprechen, die ich daher als epitheloide Zellen bezeichne und auf die ich weiter unten noch näher eingehen werde.

Die Plasmazellen finden sich mit mononukleären Leukocyten untermischt in undicht formierten Gruppen in der Umgebung der Gefäfse. Es lassen sich die verschiedenen Formen dieser Zellen, wie sie seinerzeit von UNNA beschrieben und neuerdings in einer Arbeit von HIMMEL zusammenfassend geschildert wurden, beobachten.

Digitized by Google

Die mononukleären Leukocyten bilden, mit Plasmazellen untermischt, ein perivaskuläres Infiltrat um die Gefäfse, welche viel zahlreicher sind, als in normalem Gewebe, besonders in der Region, welche dem Stratum reticulare corii der normalen Haut entspricht. Auch um die Lymphgefäfse formieren sie an manchen Stellen einen Infiltratmantel und endlich finden sie sich zwischen den epitheloiden Zellen und den Riesenzellen, worauf ich noch zurückkomme. Die Riesenzellen finden sich in den um die Blut- und namentlich um die Lymphgefäfse nachweisbaren, der Hauptsache nach aus epitheloiden Zellen und einigen Leukocyten zusammengesetzten Zellansammlungen. Die Riesenzellen zeigen den Typus der LANGHANSschen Riesenzellen. Es sind unregelmäfsig, jedoch vorwiegend rundlich gestaltete Gebilde mit zahlreichen, meist randständigen Kernen und einem feingranulierten Protoplasma. In vereinzelten Exemplaren dieser Zellen liefsen sich ähnliche Einschlüsse, wie sie bei den Riesenzellen im Tuberkelknötchen beobachtet werden, nachweisen, nämlich stark lichtbrechende, rundlich oder auch ganz unregelmäfsig gestaltete Körper, welche einen mehr oder weniger bedeutenden Teil des Zellleibes okkupieren. Auf eine nähere Untersuchung dieser Einschlüsse habe ich mich nicht eingelassen, weil dieselben in meinem Untersuchungsobjekt zu spärlich vorhanden waren, um für ein eingehendes Studium zu dienen. Bei Färbung mit polychromem Methylenblau erschienen die Körperchen ganz farblos; Einschlufs von elastischer Fasersubstanz, wie dies beim Lupus bekanntlich nicht selten ist, war in den Riesenzellen hier nirgends nachweisbar.

Die epitheloiden Zellen finden sich, mit mononukleären Leukocyten und Riesenzellen untermischt, in Gruppen um die Blutgefäfse und auch um die Lymphgefäfse, dann finden sie sich aber auch in den Lymphgefäfsen, worauf ich näher eingehe.

Während ja der bisher beschriebene Befund nichts anderes darstellt, als das bekannte typische Bild einer frischen Narbe, in welcher an einzelnen Stellen, namentlich perivaskulär, um die stärkeren Gefäfsästchen, Inseln von Granulationsgewebe noch nachweisbar sind, scheint mir der Befund von epitheloiden Zellen in einem Lymphgefäfs bisher nicht beobachtet oder wenigstens nicht eingehender geschildert zu sein. Die von mir untersuchte Papelnarbe zeigt aber diesen Befund nicht nur ganz unzweideutig, sondern auch an so vielen Stellen, dafs ich auch die Entstehung dieser Zellansammlung in den Lymphgefäfsen gut verfolgen, in mehreren Stadien der Entwicklung beobachten konnte. Ich glaube daher für die Mitteilung meines Befundes einiges Interesse voraussetzen zu dürfen, wenn sich auch die Untersuchung nur auf eine einzige Narbe erstreckt.

Ich fand zunächst in mehreren Lymphgefäfsen in den oberen Partien des Stratum reticulare corii, die von einem Infiltrat von mononukleären

Digitized by Google

Leukocyten, Plasmazellen und epitheloiden Zellen umkleidet waren, einen Zellhaufen, welcher aus Leukocyten, vorwiegend aber aus solchen Zellen sich zusammensetzte, welche denjenigen vollkommen im Aussehen glichen, die ich perivaskulär gefunden und dort als epitheloide Zellen angesprochen hatte. Diese Zellen sind nur sehr wenig scharf konturiert und zeigen in einem feinkörnigen, sich ganz schwach tingierenden Protoplasma einen bläschenförmigen Kern, welcher sich bedeutend schwächer färbt als die Kerne der Leukocyten. Der Kern ist rundlich oval und zeigt einzelne stärker tingierte Körperchen in seinem Innern. Der beschriebene, aus diesen epithelioden Zellen und wenigen Leukocyten gebildete Pfropf, füllt das im Querschnitt getroffene Lymphgefäfs nicht vollständig aus, sondern liegt scheinbar frei mitten im Lumen, von der Wandung durch einen freien Raum getrennt. Die Untersuchung von Nachbarschnitten ergibt, dafs es sich um wurstförmige und annähernd kugelige Gebilde handelt, welche aus den erwähnten Zellen sich zusammensetzen. Die Untersuchung weiterer Schnitte lehrt, dafs die Pfröpfe mit der Innenwand des Lymphgefäfses zusammenhängen. Während in den erstuntersuchten Schnitten die Zellhaufen frei im Lumen zu liegen schienen, findet man bei Durchmusterung weiterer Schnitte Stellen, wo der Zellhaufen direkt an einer Stelle der Wand aufsitzt, ganz zweifellos kontinuierlich in dieselbe übergeht. Es erweist sich also, dafs es sich um Wucherungen handelt, welche von der Innenwand des Lymphgefäfses ausgehen und zu zum Teil recht langen Strängen auswachsend in das Lumen des Lymphgefäfses hineinragen. Um dem Verdachte eines Beobachtungsfehlers vorzubeugen, will ich noch nachträglich erwähnen, dafs ich nur Schnitte von 5 höchstens 10 Mikromillimeter zur Untersuchung verwendet habe, sowie die eingangs gemachte Bemerkung wiederholen, dafs ich den geschilderten Befund nicht nur an einem, sondern an sehr vielen Lymphgefäfsen erheben konnte und wenn ich in den letzten Zeilen nur ein Lymphgefäfs erwähne, dies nur als Paradigma benutze.

Mit dem unzweifelhaften Nachweis des Zusammenhanges der Zellwucherung mit der Innenwand der Lymphgefäfse war zugleich der etwaige Einwand widerlegt, es könne sich um Zellanhäufungen in Bindegewebsspalten handeln, welche sich durch Schrumpfung des Gewebes bei der Härtung des Materials zu Lymphgefäfse vortäuschenden Hohlräumen erweitert hätten, ganz abgesehen davon, dafs die Hohlräume eine scharfe Konturierung und endlich deutlich endotheliale Auskleidung zeigten.

Scheint es nun also sicher, dafs die Zellen der Wand des Lymphgefäfses den Zellstrang produzieren, so ergibt sich gleich weiter die Frage, von welchen Elementen der Lymphgefäfswand stammen die epitheloiden Zellen. Um eine Wucherung des Endothels kann es sich wohl nicht handeln, da die epitheloiden Zellen sich sowohl von den normalen als

Digitized by Google

auch von gequollenen Endothelien morphologisch unterscheiden lassen. Ich habe bereits oben erwähnt, dafs sich auch perivaskulär um die Lymphgefäfse epitheloide Zellen, die denen im Gefäfs ganz gleich sahen, in Form von Gruppen, die aufserdem Leukocyten und auch Riesenzellen enthielten, vorfanden. Daher hat man den Eindruck, dafs ein und dieselben Zellen einerseits in der Richtung nach dem Lumen zu proliferieren, andererseits in das perivaskuläre Bindegewebe hineinwuchern. Es kann sich also wohl nur um eine Proliferation der Zellen der Intima und der Adventitia handeln, und die epitheloiden Zellen stellen nichts anderes dar, als junge Bindegewebszellen dieser beiden Wandschichten des Lymphgefäfses. Ob dieselben dem Zerfall entgegengehen oder dazu bestimmt sind, zu persistierenden fixen Bindegewebszellen zu werden, darüber konnte ich aus meinen Präparaten keinen Aufschlufs erhalten. Hervorheben möchte ich zum Schlufs, dafs die Riesenzellen in dem Stiel und der Basis der Stränge sich finden.

Ob die geschilderten Veränderungen an den Lymphgefäfsen in einem Kausalnexus mit der Lues stehen, kann ich nach Untersuchung nur eines Falles natürlich nicht entscheiden, und teile meinen Befund nur als Tatsache ohne Folgerungen mit. Während, wie Ehrmann durch Injektionspräparate gezeigt hat, in der Initialsklerose die Lymphgefäfse insofern sich als zunächst vom Virus betroffen dokumentieren, als ihre Intima Neubildung von Blutgefäfsen, Wucherung ihrer Elemente und Infiltration mit Leukocyten und Plasmazellen zeigt, und mit Leukocyten stellenweise ganz vollgepfropft, total infarziert sind, jedenfalls aber ein perivaskuläres Infiltrat zeigen in Gebieten, in welchen die Blutgefäfse als intakt, nicht von Infiltrat umgeben, sich erweisen, wird bei den sekundären Formen allgemein das Blutgefäfssystem als Beherberger des Virus angesehen, man findet ein dichtes, zunächst um die Blutgefäfse gruppiertes, entzündliches Infiltrat, entzündliche Veränderungen in der Intima und Adventitia der Blutgefäfse. Nach privater Mitteilung hat Ehrmann bei Syphiliden, die in Resorption sind, erweiterte Lymphgefäfse wiederholt gesehen, und deutet diesen Befund dahin, dafs das syphilitische Virus oder dessen Produkte bei der Heilung aus den Blutgefäfsen in die Lymphspalten, von da in die Lymphgefäfse gelangen, deren Erweiterung hierdurch bewirkt wird. Die von mir beobachtete Wucherung der Intima und Adventitia der Lymphgefäfse in einer Papelnarbe kann daher wohl nur als eine indirekte Folge des in den Blutgefäfsen sich abspielenden Prozesses aufgefafst werden. Ob es das spezifische, in den Blutgefäfsen noch vorhandene Virus oder nur der Reiz der reaktiven Entzündung ist, was die Zellen der Wand der Lymphgefäfse zur Proliferation anregt, bleibt dabei natürlich dahingestellt.

Digitized by Google

Zum Schlufs erwähne ich noch, dafs die Abheilung des Tuberculum cutaneum mit elevierten Narben eine vollständige Analogie hat in der Umwandlung des breiten Condyloms in die organisierte Papel nach LANG. Auch das mikroskopische Bild entspricht dem, was wir an Präparaten der organisierten Papel gesehen, die sich in EHRMANNS Sammlung befindet, die er gelegentlich in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstriert hat.

Herrn Prof. Dr. EHRMANN, dem ich die Anregung zu vorliegender Mitteilung verdanke, bitte ich für die Überlassung des Materials und die Unterstützung bei der Arbeit meinen ergebensten Dank entgegennehmen zu wollen.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1 schwache Vergröfserung. Man sieht, dafs die Gefäfse vermehrt sind, um dieselben Häufchen von Leukocyten und Plasmazellen. *L.* Lymphgefäfs, in dessen Wand links eine Riesenzelle. Von der unteren Begrenzung des Lumens ragt ein Sporn, aus epitheloiden Zellen und Leukocyten bestehend, in das Lumen.

Fig. 2 starke Vergröfserung einer anderen Stelle. Man sieht in dem Lumen einen Strang, welcher kontinuierlich in die Wand übergeht; der Strang setzt sich aus epitheloiden Zellen zusammen, dazwischen Leukocyten.

Die Ventilspritze.

Entgegnung an Herrn Doz. VAJDA.

Von

Dr. C. ENGELBRETH-Kopenhagen.

Vor ca. $1^1/_2$ Jahren veröffentlichte ich in *dieser Zeitschrift* (Bd. XXXVII. Nr. 1) eine Abhandlung über „Technik der Uretralinjektionen". Ich zeigte darin die Mängel, die der gewöhnlichen Spritze anhaften. Da die Kapazität der Pars anterior urethrae nach allen Untersuchungen von 4—22 ccm variiert, mufs die gewöhnliche Tripperspritze von 10 ccm bald zu klein sein, kann also nicht die Pars anterior genügend ausfüllen und behandeln, bald ist sie zu grofs und gibt dadurch zu Gon. post., Prostatitis, Epididymitis usw. Veranlassung. Ich gab demnächst die Bedingungen an, welche eine vollständig gute Spritze erfüllen soll, nämlich „das Einspritzen einer Flüssigkeitsmenge, die stets der wechselnden Kapazität der Pars anterior entspricht, ohne den Sphinkter zu forcieren". Ich untersuchte darauf die Bedingungen für Injektionen in Pars posterior und zeigte deren Abhängigkeit von der Kapazität der Urethra anterior. Injektionen in die Pars

posterior können nur stattfinden, wenn der Rauminhalt der angewandten Spritze gröfser als die Kapazität der Pars anterior ist. Eine Spritze für Injektionen in Pars posterior mufs darum — wie von GUIARD angegeben — 24 ccm enthalten.

Ich beschrieb demnächst eine Reihe von Untersuchungen, welche ich zur gleichzeitigen Bestimmung der Kapazität der Pars anterior und des Spannungsdruckes des Sphinkters gemacht hatte, und zwar mit Hilfe eines eigens dazu konstruierten, äufserst zuverlässigen Apparates. Mittels einer Druckpumpe, deren Druck durch ein sehr empfindliches Quecksilbermanometer angegeben wird, wurde die Flüssigkeit von einer graduierten Pipette, 30 g enthaltend, in die Harnröhre injiziert. Ich zeigte, wie die Kapazität der Pars anterior mit dem Druck der injizierten Flüssigkeit steigt, indem ich während des Versuches gleichzeitig die Kapazität und den Druck beobachtete. Ich sah den Druck bis zu einem gewissen Punkte des Manometers steigen, darauf plötzlich fallen und gleichzeitig damit die Flüssigkeit schnell von der Pipette in die Harnröhre fliefsen; der Sphinkter hat nachgegeben. Auf diese Weise bestimmte ich sehr genau und objektiv den Spannungsdruck des Sphinkters und fand, dafs derselbe zwischen $^1/_7$—$^1/_9$ Atm. liegt. Da es sich nun darum handelt, bei Behandlung von Gon. ant. diesen Druck nicht zu überschreiten, bringe ich ganz selbstverständlich in dem Druckraum der Spritze ein Ventil an, welches sich bei einem Druck von $^1/_{10}$ Atm. öffnet, so dafs die Spritze den Sphinkter nicht forcieren kann. Gleichzeitig mache ich die Spritze so grofs, dafs sie ene jede Pars anterior bis 22 ccm füllen kann. Dies sind in Kürze meine Untersuchungen und die Idee meiner Ventilspritze.

Herr Doz. VAJDA kommt nun in Bd. XXXIX, Nr. 9 *dieser Zeitschrift* in einem Aufsatze, „Zur Technik der Urethralinjektionen“, mit der Behauptung, dafs er bereits vor sieben Jahren nach seiner Angabe Herrn LEITER hat „derartige Ventilspritzen“ anfertigen lassen. Diese Behauptung wirkt überraschend, aber noch mehr erstaunt darüber wurde ich nach Durchsicht des Artikels, auf welchen Herr Doz. VAJDA sich bezieht (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 25—29). Herr Doz. VAJDA bemüht sich, in diesen Artikeln — FELEKI und anderen entgegen — zu zeigen, dafs man mit einer gewöhnlichen Spritze Flüssigkeit in die Pars posterior spritzen kann — eine Frage, welche drei Jahre zuvor von GUIARD gelöst war, indem der Rauminhalt der Spritze, wie oben erwähnt, nur gröfser als die Kapazität der Urethra anterior zu sein braucht. Aber Herrn Doz. VAJDAS Untersuchungen nehmen keinerlei Rücksicht auf solche Dinge wie Kapazität. Er nimmt eine gewöhnliche Spritze von 12 cm, füllt sie mit einer Lösung von Methylenblau und spritzt etwas — „bei reizbaren Kranken jedoch nur 6 cm“ — in die Harnröhre, bis er Widerstand in der Spritze und Harnzwang merkt, und dann „nähert er das ver-

Digitized by Google

schlossene Orifizium einige Male der Schamfuge, um das Lumen der Pars libera urethrae zu reduzieren" (!) Diese Methode hat natürlich zur Folge, daſs Flüssigkeit in die Pars posterior dringt. Wo sollte diese sonst bleiben? Aber Doz. VAJDA konstatiert dies auſserdem mit „Spiegeluntersuchungen", wodurch es ihm gelingt, in allen Fällen Methenblau auf den Seiten, und hinter (!) dem Coll. sem. zu beobachten.

Herr Doz. VAJDA ist auf diese Spiegeluntersuchungen, welche leider sehr ironisch und unangenehm von FELEKI kommentiert wurden, sehr stolz, und er zieht aus diesen Untersuchungen den Schluſs, daſs „die auf gewöhnliche (!) Art eingespritzten Flüssigkeiten mit wenigen Ausnahmen in den häutigen und prostatischen Teil der kranken Harnröhre gelangen". Dieser Satz kann jedoch nur für VAJDAS „gewöhnliche" Injektionen gelten. Für andere stimmt dies nur, wenn der Rauminhalt der Spritze gröſser ist als die Kapazität der Pars anterior.

Herr Doz. VAJDA schlieſst aus seinen Versuchen ferner, daſs Sphincter urethrae (Spincter extern. und Compressor p. membr.) keine Barrière für Injektionen in die Pars posterior bildet. Es gilt für ihn ausschlieſslich darum, in die Pars posterior hineinzukommen; und wenn er dies Ziel erreicht hat, was, wie er weiſs, bei einem höchstens 2 m Wasserhöhendruck eintritt, steht er nicht an, die Injektionen über diesen Druck hinaus zu forcieren, aus „Rücksicht auf die bezüglich der Widerstandsfähigkeit der Urethra bis nun gemachten Erfahrungen". Um die Harnröhre nicht zu schädigen, eine Divulsion hervorzurufen, schlägt er vor, ein Federventil (2 m) in der Spritze anzubringen.

Wie man sieht, sind die Versuche und Anschauungen des Doz. VAJDA den meinen ganz entgegengesetzte und haben nicht das geringste mit der Idee meiner Ventilspritze zu tun. Aufgabe der letzteren ist es, stets eine Flüssigkeitsmenge, der Kapazität der Urethra anterior entsprechend, einzuspritzen, ohne den Sphinkter zu forcieren.

Wie Herr Doz. VAJDA daher behaupten kann, daſs er schon seit sieben Jahren solche Ventilspritzen, wie meine, hat fabrizieren lassen, verstehe ich nicht. Die Grundidee meiner Spritze ist ihm absolut fremd und seinen Anschauungen ganz entgegengesetzt. Entweder hat er meine Abhandlung über die Ventilspritze gar nicht gelesen, oder die Idee, welcher er gleichzeitig entgegentreten, und welche er doch zu seiner eigenen machen will, vollständig miſsverstanden.

Gerade solcher Versuche wegen ist es notwendig gewesen, daſs ich mir meine Erfindung durch internationales Patent sicherte. Aber auſserdem liegt diesem Patent die Absicht zugrunde, einem einzelnen Fabrikanten die Herstellung meiner Ventilspritze zu sichern, um die Gewiſsheit zu haben, daſs dieselbe mit dem bestimmten Druck von $^1/_{10}$ Atm., welcher Bedingung für deren Brauchbarkeit ist, produziert wird.

Digitized by Google

Meine Spritze kann die Interessen des Herrn LEITER nicht genieren, weil er eine Spritze produziert, die mit der meinigen nicht das geringste zu tun hat. Doz. VAJDAS Spritze unterscheidet sich in der Brauchbarkeit auf keine Weise von den gewöhnlichen Spritzen. Sie hat einen Inhalt von 10 ccm und nimmt auf die Kapazität der Urethra anterior und den Spannungsdruck des Sphinkters keine Rücksicht. Ich habe bis heute Herrn LEITER keine Hindernisse für die Fabrikation dieser VAJDAschen Spritze in den Weg gelegt. Aber ich müſste ihm die Fabrikation vielleicht aus Rücksicht auf das Publibum verbieten. Natürlich will ich auf jeden Fall dagegen protestieren, daſs er sein Fabrikat „Ventilspritze“ nennt.

Herrn Doz. VAJDAS Betrachtungen über das Gebiet und die Bedeutung der Ventilspritze kann ich keinen Wert beimessen, weil Doz. VAJDA die Idee der Ventilspritze gar nicht verstanden hat. Auch hat er keinen Grund, sich über Sphinkterspannungsdruck auszusprechen. Er hat bei seinen Versuchen gefunden, daſs derselbe Patient, wenn man ihn während des Versuches häufig fragt, „Miktionsreiz“ oder „Harnzwang“ bald bei einem Druck, bald bei dem anderen zu spüren angibt. Aber daraus kann man nicht den Schluſs ziehen, daſs der Spannungsdruck des Sphinkters nach den Druckangaben des Patienten variiert. Die Bestimmung des Tonus des Sphinkters kann nicht geschehen, indem man den Patienten häufig während des Versuches fragt, was er fühlt. Er fühlt bald das eine, bald das andere. Solche Bestimmungen können nur, wie von mir angegeben, durch rein objektive Untersuchungen gemacht werden.

Herrn Doz. VAJDA gegenüber muſs ich darauf hinweisen, daſs es bei Behandlung der Gonorrhoe die Hauptaufgabe der Therapie ist, die Injektionen auf Pars anterior zu begrenzen und sie dort zu heilen. Diese Aufgabe wird technisch durch meine Ventilspritze gelöst. Doz. VAJDAS Spritze beabsichtigt gerade das Gegenteil.

Ich hoffe, hiermit bewiesen zu haben, daſs Doz. VAJDAS Spritze und meine Ventilspritze durchaus nicht identisch, wie Doz. VAJDA behauptet, sondern absolute Gegensätze sind, und daſs die Idee der Ventilspritze meine Erfindung ist.

Digitized by Google

Erwiderung auf die Entgegnung des Herrn Dr. Engelbreth (in Sachen der Technik der Urethralinjektionen).

Von

Dozent Dr. Vajda-Wien.

Herr Dr. Engelbreth fand für gut, meinen in Bd. 39 *dieser Zeitschrift* durchaus objektiv gehaltenen Ausführungen obiges entgegen zu setzen. Diese Entgegnung bietet eine solche Fülle des in objektiver wie subjektiver Beziehung Unrichtigen, dafs eine Erwiderung bezw. Richtigstellung nach beiden Richtungen hin — schon im Interesse der Sache — nötig erscheint.

Vor allem mufs ich mich gegen die Insinuation verwahren, als ob ich in jenem, Urethralinjektionen betitelten Aufsatze[1] „bemüht" gewesen wäre, wie es Dr. E. behauptet, „entgegen" diesen oder jenen etwas zu „zeigen", vielmehr wird darin die Absicht ausdrücklich kundgetan, in Anbetracht der in therapeutischer Beziehung so wichtigen Kontroverse, betreffend die Möglichkeit, in die sog. Pars posterior urethrae, diese schwer bezwinglichen Partien (?) der Blennorrhoe, mittels Injektionen flüssige Medikamente inkorporieren zu können, auf den Grund zu kommen; und konform hiermit wird eingangs erklärt, „in erster Linie handelt es sich darum, das Wirkungsgebiet der Injektionen festzustellen", unbekümmert darum, nach welcher Seite hin der Würfel fallen würde, niemandem zu Trotz und niemandem zu Liebe, was schon aus der Einleitung bezw. Anordnung meiner Arbeit deutlich genug hervorgeht, und in weiterer Folge jene meine Arbeit tatsächlich der geschichtlichen Entwicklung dieser Streitfrage als Hauptfrage in jedem Bezug auch hinsichtlich der Nebenfragen nachgeht, indem Gruppe I der Versuche (1—9) mit der Frage: ob man mit der gewöhnlichen (12 ccm-igen) Spritze in jene Partien der Urethra injizieren kann — sich befafst; Gruppe II (Vers. 10—19) behandelt das Thema: ob die Injektionsflüssigkeit in einer angeblichen, median gelegenen Kapillarröhre sich bewegt; Gruppe III der Versuche (20—21) hat die Frage der Injizierbarkeit korpuskulärer Elemente zum Gegenstande; die IV. Gruppe ist dem Studium der auf die Injektionsresultate bezughabenden Momente gewidmet, und zwar sind in eigenen Rubriken verzeichnet — soweit sie nur eruierbar waren — die Daten über Quantum, Druck, Temperatur der Injektionsflüssigkeit, Muskeltätigkeit, Terminalzeichen und über

[1] *Wien. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 23—28.

Digitized by Google

die durch das Auge kontrollierten Injektionsresultate usw., und, wie es dort heifst, „für sich und ihre Gesamtheit, sofern sie sich nicht gegenseitig ausschliefsen, in bestimmten Fällen gleichzeitig und nebeneinander betrachtet".

Wenn Herr Dr. E. gleich als Einleitung zu seiner Entgegnung mir vorhält, dafs ein anderer — er nennt GUIARD — die Frage, wie man mit einer gewöhnlichen Spritze Flüssigkeiten in die sog. Pars posterior urethrae bringen kann, und zwar durch Anwendung einer grofsen Spritze, die gröfser als der Rauminhalt der Pars anterior ist, drei Jahre vor mir (1894) gelöst hatte, so beweist dies nur eine Mifsachtung seiner eigenen Arbeit (Bd. 37, Nr. 1 *dieser Zeitschrift*), indem E. darin u. a. NEISSER den Vorwurf macht, dafs er die Bedingungen, unter welchen er die Injektionen in die sog. Pars posterior urethrae wegen Blennorrhoe gemacht hat, unentschieden liefs; denn wenn die Frage 1894 schon gelöst war, wie er in seiner Entgegnung sagt, wozu dann der Vorwurf gegen NEISSER im Jahre 1903 und meine Wenigkeit 1905?

Eine solche Bemängelung meiner Arbeit wäre nicht einmal am Platze gewesen, wenn jene meine Schrift nur die erste Gruppe, d. i. neun sozusagen der informativen Versuche, enthielt, denn wenn sie auch ohne genauere Bestimmung des angewandten Druckes vor sich gingen, so doch unter Rücksichtnahme teils auf den bis dahin als Terminalzeichen benutzten Widerstand, teils, und zwar bei reizbaren Kranken, unter Ausnutzung der Elastizität der vorderen, nur teilweise gefüllten Harnröhre zustande kamen, mithin im Zusammenhalt mit den dort angeführten Daten über Reibungswiderstand der angewendeten Spritze und Wahrnehmbarkeit des letzteren bezw. manometrischer Charakterisierung der Elastizität der vorderen Urethra der Druck zumindest angedeutet erscheint. Wohingegen bei den GUIARDschen Untersuchungen, soweit bekannt, nebst einem bis ins Maximum der anatomischen Kapazität steigerbaren Injektionsquantum ein unbekannt grofser Druck verwendet bezw. der angeblich GUIARDschen Lösung obiger Frage zugrunde gelegt wurde. Für einen solchen beliebig grofsen Druck mag vieles möglich sein, die Befriedigung des Klinikers aber nicht. Bezüglich dieser GUIARDschen Versuche mögen die Worte einer Autorität, wie GUYON, hier stehen:[2] „Il faut de toute necessité tenir compte dans la pratique ‚de la capacité physiologique' sous peine de faire der infections forcéer."

Wenn Herr Dr. E. nun schreibt: „Aber Herrn Dozent VAJDAS Untersuchungen nehmen keinerlei Rücksicht auf solche Dinge, wie Kapazität", so ist das nur dadurch erklärlich, dafs Herr Dr. E. meine Arbeit nicht einmal flüchtig gelesen hatte, denn wie käme es sonst, dafs er meine (ca. 100 an der Zahl), noch dazu in eigenen Rubriken dort ausgewiesenen

[2] Lec. etm. s. mal. d. voies ur. J. C. F. GUYON. III E. T. III. p. 380. 1897.

Daten über das jeweilige Injektionsquantum zu den verschiedenen zweckdienlichen Phasen der Injektionen — nicht bemerkt hatte?

Bei einer einigermafsen aufmerksamen Lektüre jener meiner Arbeit, d. d. von 1897, worauf sich Schreiber dieses in einem, Technik der Urethralinjektion betitelten Aufsatz, sowie auch Herr Dr. E. in seiner Entgegnung beziehen, wäre ihm gewifs auch die Schilderung des Vorganges bei den Versuchen der IV. Gruppe nicht entgangen und ein zweites Beispiel seltener Selbstverleugnung ihm erspart geblieben. Jene Schilderung lautet: „Um vor allem den Druck, unter welchem die Füllung der Harnröhre vor sich geht, konstatieren zu können, wurde die zur Injektion zu verwendende Spritze graduiert und nahe ihrem Boden bezw. mittels ihres eichelförmigen Ansatzstückes mit einem empfindlichen Quecksilbermanometer in Verbindung gebracht. Bei der Wahl des Titres und der Form der Spritze wurde dem bisher konstatierten Maximalinhalt der Harnröhre und der Handlichkeit Rechnung getragen. Bei 23 ccm Inhalt mafs die Spritze zusammengeschoben 20 cm. Eine Versuchsanordnung also, welche sich mit der von ihm sechs Jahre später gewählten dem Wesen nach deckt, mit der seinen fällt oder steht, seine Untersuchungen sogar insofern übertrifft, als durch Angabe des Reibungswiderstandes der Ausflufsöffnung und -Zeit durch Rücksichtnahme auf Prefsstrahl auszeichnet und mehr Einblick in die Bedingungen gewährt als seine spätere. Last but not least, aufserdem wird dadurch einer eventuell grofsen Kapazität der Urethra, welche ich, wie er behauptet, zu Schaden Guiards ignoriert hatte, Rechnung getragen, welche Rücksicht aber, wie ich gleich hinzufügen will — wie die Folge lehrte, wie die in den Tabellen verzeichneten Injektionsquanten zeigen, sich als überflüssig erwies, indem schon die Injektion um vieles geringerer Quanten (höchstens 13 ccm) die Inundation der sog. Pars posterior zur Folge hatte, und dafs die dort ausgewiesenen, nicht über 13 ccm betragenden Injektionen die fraglichen Harnröhrenteile wirklich, und zwar in bestimmten, klinisch abgegrenzten Phasen der Injektion, unter einem bestimmten, dort genau angegebenen Druck in der Tat erreichten, bezw. sich wirklich dort befanden, wo sie angegeben sind. Dafür leisten Bürgschaft der verwendete Manometer, der direkte objektive Nachweis des Injizierten mittels des Auges, der Spiegelbefund, welch letzterer, wiewohl das wichtigste Glied der Beweisführung bei jenen Dr. E.s, sowie auch anderer, mit einziger Ausnahme der meinigen, bis nun fehlt.

Die Darstellung Dr. E.s, als hätte ich „etwas eingespritzt, ‚bei reizbaren Kranken jedoch nur 6 ccm', in die Harnröhre, bis er (V.) Widerstand in der Spritze und Harnzwang merkt, und ‚dann nähert er das verschlossene Orificium einige Male der Schamfuge, um das Lumen des Penis zu reduzieren'", und erst auf Grund „dieser Methode" ohne Rücksicht auf die Kapazität der Urethra, richtiger auf das Injektionsquantum,

alle meine Schlüsse gezogen hätte, mufs ich, sofern sie nicht etwa als ein unglücklicher Zufall deklariert werden sollte, zurückweisen, da sie geeignet ist, bei dem Leser eine unzutreffende Auffassung zu erwecken. Aufserdem mufs ich gegen die Einfügung eines und anstatt oder in dem aus meiner Arbeit zitierten Satze und Folgenlassen eines zweiten Satzes mit einem willkürlich eingefügten dann als gegen eine sinnändernde, willkürliche Verbindung der Worte um so mehr mich verwahren, als auf solche Weise ein Mifsverständnis des klinisch so wichtigen Harnzwanges oder das der Humanität mir imputiert werden könnte. In letztem Belang sei es schon des Scheines wegen, welcher durch obige Art der Zitierung entstehen könnte, hier noch einmal erwähnt, dafs nach DREYSELS schönen Versuchen an Gesunden und meinen hauptsächlich an Kranken gemachten Versuchen der Eintritt der Injektion in die Pars membranacea usw. früher erfolgt, als die Elastizität der vorderen Harnröhre ausgenützt wird, dafs speziell in der mit 6 ccm von $^1/_3$ %iger Methylenblaulösung und pulverisierter Talksuspension gefüllten Harnröhre, nach den eigens hierzu angestellten Versuchen, der intraurethrale Druck bei deren Zusammenschieben gegen die Symphyse im Vergleich zum Füllungsdruck laut Manometer nur um ca. 4 cm Wassersäulendruck zunimmt, um bald darauf schon nach einigen Sekunden noch tiefer, als er ursprünglich war, zu fallen. Er war bei diesen Injektionen à 6 ccm im Mittel von sechs Versuchen 50 cm Wassersäulendruck gleich. Dieses Zusammenschieben der nur mit 8 ccm gefüllten Harnröhre bewirkt der Hauptsache nach nur Engagement und kein Forcieren der vorderen Urethra, was schon daraus erhellt, dafs nach eigens angestellten Versuchen die Elastizität der vorderen Harnröhre durchschnittlich bei ca. 100 cm Wassersäulendruck zu erschöpfen beginnt, so dafs mein diesbezüglicher Ausspruch, nämlich dafs die Injektionsflüssigkeit unter Benutzung dieser Elastizität nebst eintretender Erwärmung der Lösung leicht und ohne Gewalt in die hinteren Teile der Röhre gebracht und verantwortet werden kann, hiernach auch aufrecht zu erhalten ist. Übrigens wurde in jener Arbeit Reizbarkeit, worauf das Zusammenschieben der halb gefüllten Röhre zur Förderung des Vordringens der Injektion Bezug hat, unter 96 Versuchen nur 38 mal verzeichnet und der gröfsere Teil davon manometrisch ausgewiesen.

An die soeben erwähnte Angabe seitens des Herrn Dr. E. reiht sich eine weitere an, welche vielleicht gleichfalls ein Ergebnis jener Methode sein dürfte, da eine andere Methode oder Versuch nicht gemacht wird, indem Herr E. sagt: „Herr Dozent V. schliefst aus seinen Versuchen ferner, dafs der Sphincter urethrae keine Barrière für Injektionen in die Pars posterior bildet. Es gilt für ihn ausschliefslich, in die Pars posterior hineinzukommen, und wenn er das Ziel erreicht hat, was, wie er weifs, bei einem höchstens 2 m Wasserhöhendruck eintritt, steht er nicht an, die Injektion über diesen

Digitized by Google

Druck hinaus zu forcieren aus ‚Rücksicht auf die bezüglich der Widerstandsfähigkeit der Urethra bis nun gemachten Erfahrungen'". Das erscheint mir unlogisch; denn wenn man die Absicht hat, etwas zu tun, und diese Tat vollbrachte, welchen Sinn hätte es dann, wie es dort heifst, dieselbe zu forcieren. Wir wollen uns hier bei einer durch die Worte „wie er es weifs" ausgedrückten Äufserung, wodurch der von mir nach vielen Versuchen gewonnene Erfahrungssatz, wonach bei höchstens 2 m starkem Druck die sog. Pars posterior in den meisten Fällen entriert wird, als eine mir gewordene Offenbarung mitgeteilt wird, nicht weiter aufhalten und en passant darauf hinweisen, dafs die von mir hinsichtlich ihrer Stärke auf dem Wege manometrischer Messungen und bezüglich ihres Effektes mittels des Urethroskopes konstatierten Mittelwerte durch die in der bald darauf erschienenen dritten Auflage Guyons (III. Bd., S. 382) angegebenen 130—170 cm Wasserhöhendruck ihre Bestätigung fanden.

Wenn zum Schlufs Herr E. sagt, ich habe keinen Grund, über den Sphinkterspannungsdruck mich auszusprechen, so antworten ihm schon die Titel meiner beiden Aufsätze. Für meine Wenigkeit vom Standpunkte der Therapie, welchen Standpunkt ich oft genug betonte, konnte es sich nur darum handeln, wie auch die Anlage meiner Arbeit deutlich zeigt, die Momente, Umstände, unter welchen das häufigste, wichtigste therapeutische Mittel, die Injektionsflüssigkeit, in die sog. Pars posterior gelangt, mittels verläfslicher Untersuchungsmethoden festzustellen, um danach meine therapeutischen Mafsnahmen treffen zu können, was Dr. E., wie wir sehen, gleichfalls anstreben wollte; und wenn ich auf dem Wege — mehr Konstanz in dem Auftritt gewisser charakteristischer subjektiver Erscheinungen, insbesondere in dem des Harnzwangsgefühls, welches uns sozusagen von Kindesbeinen an geläufig ist — und demselben immer wieder im Momente der urethroskopisch kontrollierten Fälle der sog. Pars posterior begegnete, um noch einmal zu sagen, mehr Konstanz und Deutlichkeit als im Auftreten des vielempfohlenen Widerstandes, über dessen Undeutlichkeit übrigens schon Guyon sich an drei Stellen beklagt, mehr Konstanz als im Auftreten gewisser Druckgröfsen, deren grofse Schwankungen auch anderen Autoren geläufig sind, so müfste ich logischerweise diesem Umstande bei meinen Aussprüchen und Mafsnahmen Rechnung tragen, ohne dabei die aus meinen sonstigen klinischen Beobachtungen manometrischer Messungen im allgemeinen hervorgehenden, in praktischer Hinsicht gewifs wichtigen Lehren von zulässigem Maximaldruck usw. zu verwerten, vielmehr diese wie jene bei der Konstruktion therapeutischer Mittel entsprechend berücksichtigen.

Um aber jeden Verdacht einer Ignorierung fremder Ideen und Arbeit auch in diesem Falle von uns zu streifen, wollen wir dem Hinweise des Herrn Dr. E. Folge leisten und näher ins Auge fassen, wie

Digitized by Google

es in der Entgegnung heifst, wie „rein objektive Untersuchungen“ gemacht werden.

In seiner ersten Arbeit, welche den Titel führt: „Technik der Urethralinjektionen“ (Bd. 37 Nr. 1 *dieser Zeitschr.* S. 2) erklärt Herr E.: „Die unbefriedigenden Resultate der Injektionstherapie beruhen wesentlich auf den Mängeln der Injektionstechnik“; S. 4 schreibt er: „Solange man der Meinung war, dafs die Gonorrhoe auf Pars anterior beschränkt sei, indem der Sphinkter eine Barriere gegen die Propagation bis Pars posterior bildet, war es ganz korrekt, die Injektionen nur auf die Pars anterior zu begrenzen. Als aber Aubert 1884 nachwies, dafs die Gonorrhoe in dem überwiegenden Teil der Fälle Pars posterior angreift, wäre es in höchstem Grade rationell, der ganz angegriffenen Urethra eine gleichartige und gleichzeitige Behandlung zu geben.“ Nun entwickelt Herr E. S. 5, „dafs die Bedingungen für Injektionen in die Pars posterior durch Untersuchungen der Druckverhältnisse des Sphinkters der Reflexkontraktionen und eventuell Erschlaffung bei permanentem Druck gefunden werden“, und S. 7, „dafs die Kapazität (derselbe) von dem Spannungsdruck des Sphinkters abhängt“. Mit Rücksicht auf die in der Entgegnung betonten „rein objektiven Untersuchungen“ ist von Interesse, zu sehen, wie er das subjektive Element aus seinen Versuchen ausschaltet. Nach S. 11 besteht der Sphinkterdruck aus einem „volontären“ und aus einem „tonischen“ Komponenten. Ersterer „wird leicht bestimmt, wenn der Patient seinen Sphinkter zusammenzieht, in dem er das Wasser zurückhält oder Nates zusammenprefst“, dann der Druck gemessen wird. „Den tonischen Druck findet man, indem man während der Untersuchung physische Einwirkungen verhindert, der Patient soll nicht nervös sein und soll an alles mögliche, nur nicht an die Untersuchung denken.“ S. 9 wird gesagt: „Gegen jede gradweise Erhöhung des Druckes strömt eine stetig geringere Flüssigkeitsmenge in die Urethra, bis man schliefslich das Flüssigkeitseinlaufen sieht, indem der Druck plötzlich fällt.“ Da liegt nach ihm auch laut S. 11 der Spinkterdruck; da jedoch mit dem Einlaufen nur die Blase gemeint sein kann, so würde es richtiger heifsen: bei diesem oder jenem Druck öffnet sich die Blase; der Öffnungsdruck und Moment der Füllung der Pars membranacea prostatica ist unbekannt, was aber zu bestimmen für den, der sich das ausdrücklich zum Vorwurfe gemacht hatte, gewifs nötig gewesen wäre. S. 10 wird die einzige „Skala“ als „Norm“, richtiger „Schema“ dafür angegeben, wie sich Druck, Kapazität und deren Zunahme bei steigerndem Druck verhält bezw. verhalten soll. Es heifst daselbst: „Bei höherem Druck ist die Vergröfserungszunahme minimal. Wenn die Zunahme Null ist trotz stärkeren Druckes, hat man Urethras absolute Kapazität; diese wird sich wohl in der Regel nicht auf diesem Wege bestimmen lassen, weil der Sphinkter vorher nachgibt. Aber

Digitized by Google

man sieht leicht, daſs dasselbe nicht weit von der Kapazität entfernt ist, um die es sich hier handelt, nämlich die Kapazität des Sphinkterdruckes, welche gleich der Flüssigkeitsmenge ist, die bei Urethra anterior bei dem tonischen Sphinkterdruck aufgenommen werden kann. Die Resultate meiner (E.s) Untersuchungen sind nun folgende:

Wie diese Resultate denn noch zustande kamen, fehlt daselbst jede Angabe, auch darüber, wie weit in klinisch wichtigen Phasen im Momente, wo die Kapazitätszunahme minimal ist, à 1.05,0,4 ccm angeben wird, die Injektion gelangt war, insbesondere ob nicht schon damals die Pars membranacea prostatica entriert war, wie wir dafür in unseren Versuchen durch Augenschein unterstützte Beispiele haben — hierüber fehlt bei E. jeder objektive Nachweis. Auch wird in der Entgegnung behauptet: Ich (Dr. E.) beschrieb demnächst eine Reihe von „Untersuchungen". Die „Beschreibung" sieht folgendermaſsen aus. S. 8: „Es würde zu weit führen, auf alle Untersuchungen (ca. 50) hier genau einzugehen, so interessant dies auch sein könnte. Ich werde mich daher auf die praktisch wichtigen Resultate beschränken." Beschreibung von Untersuchungen von Fall zu Fall, was mit Rücksicht auf das von namhaften Autoren behauptete Bestehen von individuellen Variationen des Druckes usw., was gerade hinsichtlich seiner Ventilspritze dringend nötig gewesen wäre (welche Variationen auch ich bestätigt fand), findet bei E. nicht statt. und auf diese Weise wird die Frage der Konstanz des Druckes, der Berechtigung auf eine bestimmte Festlegung der Druckgrenze, durch E. offen gelassen.

Es erübrigt noch, zu untersuchen: Wie verhält sich eine auf $^{1}/_{10}$ Atmosphären, d. s. ca. 102 cm Wassersäulendruck, eingestellte Ventilspritze in der von Dr. E. beschriebenen Ausführung vis-à-vis den Aufgaben, welche ihrer harren. Einmal soll sie besonders gegen Gonorrhoea anterior gut sein und gestatten, die Pars anterior für sich zu behandeln. Das wäre unter Umständen gewiſs ein erstrebenswerter Zweck, nur dürften sich die Indikationen dafür selten finden, denn es kommt erstens die Überzeugung immer mehr zum Durchbruch, daſs schon nach wenigen Tagen, wo der Arzt nur selten in die Lage kommt, einzugreifen, ex continuitate textuum der blennorrhagische Prozeſs in die Tiefe vorgedrungen ist, und wenn auch diese Komplikation noch fehlen würde, ist eine solche auf die Anterior beschränkte Kur nicht so ohne weiteres zu akzeptieren. Janet sagt diesbezüglich: „On peut sans doute faire le lavage de Urétre anterieur seul. C'est une bonne operation quand cette irrigation partielle n'est que prélude d'un lavage complet, mais elle est absolument insuffisante."

Eine Spritze für die Pars anterior würde sich dafür nach unserer unmaſsgeblichen Meinung für die Prophylaxe besser eignen, nur müſste vor allem der Ventilwiderstand tiefer als 102 cm Wassersäulendruck gestellt werden, denn wie meine manometrische, und zwar individuell aus-

gewiesenen Messungen zeigen, waren unter 28 Fällen, welche mit 16°iger Flüssigkeit injiziert worden, nicht weniger als 11 Fälle,[3] wo die Injektion unter jener von Dr. E. für Pars anterior auserkorenen Grenze in der sogenannten Pars posterior nachweisbar war; ferner wäre sie mit einem verläſslicheren Ventile, als solche aus Kautschuk, auszustatten; auch der Rauminhalt könnte der Handlichkeit halber kleiner sein. Auch mit kleiner Spritze läſst sich durch öfteres Ansetzen eine gröſsere Menge Flüssigkeit inkorporieren.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, ein rein persönliches Element in der Entgegnung Dr. E.s zu berühren, nämlich den Vorwurf meines angeblichen Stolzes ob meiner Spiegeluntersuchungen. Meine Antwort ist: Wer mit der Lektüre schon so vieler diesbezüglicher indirekter Beweisführungen Zeit verlor und keine rechte Überzeugung gewinnen konnte, bei dem drängt sich naturgemäſs gebieterisch der Gedanke bezw. das Bedürfnis auf, an Stelle des Nachsehens von seiten des Lesers ein Nachsehen in physischem Sinne von seiten des Autors zu fordern bezw. zu setzen. Das ist eben ein Bedürfnis, welchem sich ein objektiv Denkender kaum, sondern jemehr er sich mit dem Thema befaſst, um so weniger zu verschlieſsen vermag, und wenn ich dieser meiner Überzeugung nachdrücklich Ausdruck gab, dies nur eine Pflicht ist, und wenn ich noch dazu zur Befriedigung dieses Bedürfnisses in der vorliegenden Frage beigetragen zu haben einige Ursache habe, so erweckt dies nicht Stolz, wie Herr E. meint, sondern wie es eben die Befriedigung besonders intensiver Bedürfnisse mit sich zu bringen pflegt, eben nur Befriedigung. Wenn Herr E. dabei den „unangenehmen Kommentar“ „eines ironischen Autors“ sich zu eigen macht und, noch dazu im Angesicht eines Verumontanumspiegelbefundes, offenbar zum Zeichen seines Staunens ein Ausrufungszeichen gebraucht, so zeigt dies nur, wie wenig er sich mit der in solchen Fällen geradezu entscheidenden Leistungsfähigkeit des Urethroskops vertraut gemacht hat.

Endlich sagt Herr Dr. E. noch: „Herrn Doz. Vajdas Betrachtungen über das Gebiet und die Bedeutung der Ventilspritze kann ich keinen Wert beimessen, weil Doz. V. die Idee der Ventilspritze gar nicht verstanden hat. Auch hat er keinen Grund, sich über Sphinkterspannungsdruck auszusprechen.“ Vergegenwärtigen wir uns einen Augenblick die Sachlage: Es soll ein bestimmtes Injektionsgebiet dem Instrument gesichert werden; nun wird dies von dem einen wie vom anderen dadurch angestrebt, daſs dem Injektionsdruck der Spritze eine bestimmte Grenze gesteckt wird und noch dazu in beiden Fällen erfolgt diese Sicherung

---

[3] Ein solches mit $^{1}/_{10}$ Atmosphären bewertetes Ventil öffnete sich schon bei ca. der Hälfte von dem indizierten Druck.

einer gewissen Druckmöglichkeit durch eine Winkelbohrung in der Kolbenstange, welche Bohrung zeitweilig und automatisch durch ein Ventil bald versperrt, bald geöffnet wird, und dann will Herr Dr. E. meinen, die beiden haben miteinander nichts gemein. Wir meinen das Gegenteil, nämlich dafs die Idee und deren Verkörperung nahezu identisch sind, nur in einem Punkte nicht, nämlich zeitlich nicht, denn hierzulande hat jene sieben Jahre früher ihre Verkörperung gefunden — vielleicht, wie er meint, wegen Mangel an Verständnis. Auch hierin mag er in einem Punkte recht haben, wir haben es tatsächlich an Verständnis fehlen lassen, und zwar für das — Patent. Ob nun diese unsere Unterlassung bei dem nun in *dieser Zeitschrift* entwickelten Stande der Gründe uns als Unverstand oder Fehler anzurechnen sei, dies zu entscheiden wollen wir getrost dem wissenschaftlichen Forum überlassen, vor und zu welchem wir jetzt sowie damals vor sieben Jahren zu sprechen vorhatten, ob wir von diesem unserem Standpunkte aus mit Herrn Dr. E. wegen seiner Erfindung bezw. Erfindungen noch weiter rechten sollen, bedürfte unsererseits einer besonderen Überlegung.[4]

---

[4] Anm. der Redaktion. Mit dieser Entgegnung ist die betreffende Angelegenheit für die Redaktion unserer Zeitschrift erledigt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1904. Bd. 72. Heft 3.

I. **Hämagglutinationsuntersuchungen bei syphilitischen und gesunden Individuen,** von Ladislaus Detre und Josef Sellei. Das Bestreben, die Diagnose der Syphilis auch auf Grund der im Blute vor sich gehenden Veränderungen festzustellen, führte zur Entwicklung verschiedener Methoden, welche bisher nur geringe positive Resultate ergeben haben. Diese hämatologischen Untersuchungen lassen sich folgendermafsen gruppieren: a) Untersuchung der molekularen Konzentration, b) des Hämoglobin-, c) des Eisengehaltes, d) des spezifischen Gewichts, e) der Alkalizität des Blutes, sowie f) zahlenmäfsige Feststellung der roten Blutzellen. Verfasser griffen zu neuen Methoden und machten zum Gegenstand der Untersuchung, ob der Blutwiderstand bei der Syphilis wirklich abgenommen habe. Sie arbeiteten nicht mit chemischen Reagentien, sondern mit einem physiologischen Reagens, mit dem Serum eines fremden normalen Menschen. Zur Untersuchung war erforderlich: 1. normales Blutserum, 2. Blutemulsion. Als Mafs (Grenzwert) der agglutinierenden Kraft eines Serums und zugleich der Agglutinationsfähigkeit einer Blutzelle betrachteten sie jene Zahl, welche ausdrückt, wie viel Teile der 3%igen Blutemulsion man zu einem Teil Blutserum hinzufügen kann, damit innerhalb 20 Minuten die Emulsion unter der Lupe eben sicher erkennbare agglutinierte Häufchen zeige. Die Untersuchungen

ergaben, dafs die etwaigen Agglutinationsunterschiede zwischen dem Blute luetischer und gesunder Individuen nicht für solche angesehen werden können, die über den Rahmen physiologischer Unterschiede hinausgehen, und demgemäfs mufs man das luetische Blut mit Bezug auf seine Agglutinationsverhältnisse als normal ansehen. Verfasser gehen dann auf die Darstellung der Bedeutung der Isoagglutination im allgemeinen über. Hierbei stellen sie fest, dafs, ebenso wie die mangelnde Agglutibilität noch kein gesunder, sondern ein zufälliger Zustand ist, auch die starke Agglunationsfähigkeit noch kein krankhafter Zustand ist. Die Agglutinationsverhältnisse des Blutes der syphilitischen Individuen unterscheiden sich überhaupt nicht von normalen Verhältnissen und somit gehen Verfasser auf die Weiterentwicklung der Lehre von den normalen menschlichen Isoagglutinen über.

Die Blutzellen verschiedener normaler Individuen können durch dasselbe fremde Serum verschieden stark agglutiniert werden, die Werte schwanken von 0 bis 80. Bei näherer Untersuchung ergaben sich folgende Verhältnisse:

1. Wenn das Serum des Individuums A B zu agglutinieren vermag, dann kann das Serum von B die Blutzellen A's nicht agglutinieren (höchstens in Spuren).

2. Wenn A-Serum B-Blutzellen nicht agglutinieren kann, sind zwei Fälle möglich; der häufigere ist, dafs B-Serum A-Blutzellen agglutiniert. Seltener ist der Fall, dafs auch B auf A-rote Blutzellen wirkungslos ist.

3. Wenn sowohl A- als B-Serum C- und D-Blutzellen agglutiniert, so besteht zwischen den gefundenen Werten kein ständiges Verhältnis. Es ist also nicht richtig, dafs, wenn A-Serum auf C-Blutzellen zweimal so stark wirkt wie B-Serum, sie auch auf D-Blutzellen zweimal so stark wirkte. Vielmehr kann es vorkommen, dafs auf D-Blutzellen eben das B-Serum stärker wirkt, und selbst wenn das A-Serum so stark ist, dafs es auch die zu anderem reagierenden Serum gehörigen B-Blutzellen zu agglutinieren vermag. Die Ursache der Agglutinationsfähigkeit kann also nicht ein einfacher Schwächezustand sein.

4. Die Glieder derselben Familie (Geschwister) scheinen aufeinander wirkungslos zu sein.

5. Das normale Isoagglutin ist nicht ein einfacher Körper, das Serum verdankt seine agglutinierende Kraft nicht einem, sondern in den von Verfassern untersuchten Fällen wenigstens zwei besonderen Agglutinen, welche sich voneinander durch ihre Affinität zu den roten Blutzellen verschiedener Individuen unterscheiden.

6. In bezug auf die physiologische Bedeutung der normalen Agglutine führten die Versuche der Auffassung Ehrlichs über die Rolle der normalen Hämolysien zu, der entsprechend die Hämolysien als für die fremden assimilierbaren Albumine Affinität besitzende chemische Komplexe der Zellen bei der Ernährung der Zellen und dem inneren assimilierenden Leben des Protoplasmas eine Rolle spielen. Verfasser messen den Agglutinen, die in der Gesetzmäfsigkeit ihrer Wirkungsweise ein den eigentlichen Hämolysinen analoges Verhalten zeigen, auf Grund vorliegender Untersuchung eine den Hämolysinen ähnliche physiologische Bedeutung bei.

II. **Über Acne urticata**, von Ludwig Waelsch-Prag. Diese Krankheit wurde zuerst von Kaposi genau beschrieben, dann berichteten Touton, Löwenbach, Jarisch, Ehrmann und Kreibich ähnliche Fälle. W. beobachtete gleichzeitig zwei Fälle längere Zeit, die er ausführlich beschreibt, bei zwei Frauen von 25 und 27 Jahren. Das Bild stimmt mit der Beschreibung Kaposis überein, doch erscheint W. der Name Acne urticata nicht glücklich gewählt, besser erscheint ihm Toutons Bezeichnung Urticaria papulosa necroticans; da es sich um eine chronische Urticaria handelt, bei welcher der protrahierte Verlauf durch das Auftreten immer neuer akuter Schübe bedingt ist, kann man noch das Wort recidiva im Sinne Kreibichs hinzusetzen.

III. **Über die persistierende Form des Erythema nodosum**, von Walther Pick-Wien. (Mit einer Tafel.) P. beobachtete zwei einschlägige Fälle in Riehls Klinik bei einer 17jährigen Hilfsarbeiterin und einer 19jährigen Dienstmagd. Bei Beiden waren im Anschlusse an plötzlich einsetzende Schwellung der Beine, subakut, in gleicher Lokalisation an den Waden Knoten im subcutanen Gewebe entstanden, die nur von geringen Erscheinungen von seiten der Haut begleitet waren und teils persistent blieben, teils ohne Regressiverscheinungen von seiten der Haut resorbiert wurden. Die Beteiligung der Epidermis an dem Prozesse ist eine ganz sekundäre, insofern sich über dem entstandenen Infiltrat am Malleolus, in dem zweiten Falle die Haut gänzlich unverändert fand. Histologisch befinden sich Epithel und Cutis normal, Veränderungen zeigen sich nur im subcutanen Fettgewebe. Die hauptsächlich erkrankte Partie in demselben grenzt sich gegen die Umgebung durch schmälere oder breitere Züge vom Bindegewebe ab, das ziemlich kernarm erscheint und in welchem straffgespannte, gleichsam gestreckte elastische Fasern verlaufen; doch ist diese Umgrenzung des Infiltrates keineswegs eine scharfe, an vielen Stellen greift vielmehr dasselbe auf das umgrenzende Bindegewebe über und setzt sich auch über dieses hinaus in das benachbarte Fettgewebe fort. Das Gesamtbild zeigt einen scharf umschriebenen Herd, der die Symptome der Fettatrophie aufweist. Daneben finden sich nur geringe entzündliche Erscheinungen und ein Prozeſs in den Gefäſsen, der sich als Mesarteriitis mit bis zum Verschluſs führender Verengerung des Lumens darstellt. Beide Fälle zeigen in Bezug auf Symptome, Lokalisation und Anatomie die gröſste Analogie mit dem akuten Erythema nodosum, als dessen persistente Form sie dem Erythema induratum auf tuberkuloser Grundlage gegenüberzustellen sind.

IV. **Ein Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum** (Kaposi) von August Halle-Wien. An der Hand von vier Fällen aus Riehls Klinik bespricht Verfasser die bis jetzt herrschenden Ansichten über diese ziemlich seltene Krankheit und fügt das Resultat seiner eigenen klinischen und mikroskopischen Beobachtungen hinzu. Er hält das Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum für eine exquisite Erkrankung des Gefäſssystems, die Tätigkeit von Mikroorganismen hält Verfasser nicht für erwiesen. Eine Disposition dazu kann angeboren sein oder in der Rasse ihre Erklärung finden, indem die Krankheit vorzugsweise im Osten Europas und bei Juden vorkommt. Als veranlassende Schädlichkeit dienen Erkältungen der Füſse, Erysipel usw. Die Tumorenbildung ist nicht immer die Antwort auf einen von auſsen kommenden Reiz, sondern oft auf Vorgänge im Organismus selbst zurückzuführen. Die ersten Geschwulstanlagen stellen Wucherungsvorgänge an den Gefäſsen mit Neubildung solcher dar, so daſs die histologischen Bilder den Eindruck von Angiomen hervorrufen, die aber sehr bald durch Wucherung der Perithelien der Charakter der Angiosarkome annehmen. Aus dem kolossalen Reichtum an neugebildeten Gefäſsen ist die anfänglich teigige Beschaffenheit der Tumoren sowie ihre blaurote Farbe zu erklären, während die häufig schmutziggrünliche Verfärbung ihrer Umgebung auf Blutungen in das Gewebe zurückzuführen ist. Mit zunehmender Zellwucherung innerhalb der Knoten nimmt auch ihre Konsistenz zu, die sie längere Zeit beizubehalten pflegen. Die erst nach Monaten erfolgende Involution der Tumoren ist einerseits die Folge regressiver Vorgänge, anderseits sind sie erklärlich dadurch, daſs durch Zerreiſsung der prall gefüllten Kapillaren häufig Blutungen ins Gewebe stattfinden, wodurch die betreffenden Gefäſse zugrunde gehen und gleichzeitig die vorher von ihnen ausgegangene Zellwucherung zum Stillstand gelangt. Manche Knoten bilden sich zwar mit einer zentralen Delle zurück, zeigen aber nach der Tiefe zu ein unbegrenztes Wachstum. Die Tatsache, daſs die Zellwucherungen sich nicht immer auf die Haut beschränken,

sondern auch die tiefer liegenden Organe durchsetzend, Muskeln und Knochen zerstören können, beweist, dafs wir es mit echten malignen Neubildungen zu tun haben. Die Krankheit ist also nach allem eine besondere Form der Sarcomatosis cutis.

V. **Weitere Untersuchungen über die entzündliche Atrophie des subcutanen Fettgewebes,** von ALFRED KRAUS-Prag. In einer früheren auf die Fettatrophie bezüglichen Arbeit hatte Verfasser auf die Befunde beim Erythema induratum mit dem gleichzeitigen Hinweise aufmerksam gemacht, dafs ein Teil der Untersucher neben den Veränderungen im Fettgewebe gleichzeitig echt tuberkulöse Veränderungen erheben konnte, und war zu dem Schlusse gelangt, dafs die verschiedensten lokalen Erkrankungsvorgänge im Bereiche der Haut, unter ihnen nicht im letzten Sinne die Tuberkulose, gelegentlich von der circumskripten, entzündlichen Fettatrophie begleitet sein dürften. Nichts lag näher als die Annahme, dafs auch die verschiedensten anderen Entzündungsprozesse, die sich vorwiegend in der Tiefe der Haut abspielen, zu den gleichen Wahrnehmungen Veranlassung geben würden, wenn erst einmal auf diese die Aufmerksamkeit gelenkt würde. Verfasser berichtet jetzt über die histologischen Untersuchungsergebnisse eines Falles, der des Verfassers Ansichten bestätigt; es handelt sich um Lues gummosa. Die histologische Untersuchung brachte den Beweis, dafs es auch im Gefolge des spezifischen luetischen Entzündungsprozesses im subcutanen Fettgewebe sekundär zu atrophischen Veränderungen desselben kommen kann. Es ist nicht fraglich, dafs gleichartige Veränderungen ebenso bei den verschiedensten anderen, mit primärer oder sekundärer Beteiligung des subcutanen Fettgewebes einhergehenden pathologischen Prozessen eine Rolle spielen. Für Prozesse tuberkulöser Natur scheint dies jedenfalls sichergestellt.

Band 73. Heft 1.

I. **Lepra im Rückenmark und den peripheren Nerven,** von H. P. LIE-Bergen. Alle Verfasser, welche diese Fragen behandelt haben, scheinen der Meinung zu sein, dafs die Leprabazillen die Nerven in ihrem ganzen Verlauf angreifen. Aus L.s Untersuchungen geht deutlich hervor, dafs die Leprabazillen in den peripheren Teilen der Nerven auftreten, und dafs es nicht gelungen ist, dieselben in den am meisten zentral gelegenen Teilen der Nerven nachzuweisen. Das ist eine ausnahmslose Regel; das Umgekehrte ist in keinem Falle nachgewiesen oder nur angedeutet. Will man das Auftreten der Leprabazillen in den Nerven studieren, so mufs man sich daher immer an die peripheren Teile derselben halten. Die Frage, wo in den peripheren Teilen die Bazillen zuerst auftreten, ist nicht so leicht zu entscheiden, jedenfalls greifen die Leprabazillen nicht immer zuerst die feinen Nervenäste in der Haut an, wie man bisher meinte. Die aufsteigende Neuritis ist die grofse Hauptregel, die absteigende eine Ausnahme. Alle jene Affektionen, die als Knoten oder Flecken auftreten, sind von dem Aufenthalt des Leprabacillus in der Haut abhängig. Von den anästhetisch Leprösen werden nicht wenige geheilt, von den knotigen wenige oder keine, der lepröse Fleck entwickelt sich rasch zu seinem Höhepunkte und nimmt dann langsam ab, um oft zu verschwinden und nur kleine Spuren zu hinterlassen. Klinisch betrachtet haben die Hautaffektionen einen weit wenigen chronischen Verlauf in der makulo-anästhetischen als in der knotigen Form, der Aufenthalt der Bazillen in der Haut ist noch kürzer als der klinische Verlauf der Affektion, er ist in der knotigen Form chronischer. Die Leprabazillen in der anästhetischen Form verschwinden verhältnismäfsig schnell von der Haut, aber setzen ihr Wachstum in den Nerven durch lange Zeit fort, der Prozefs in einem gröfseren Nerven beginnt in der Regel an der Grenze des Peri- und Endoneuriums oder in einem Septum, die Lymphbahnen spielen eine Hauptrolle als Invasionswege. Im Epineurium liegen die Verhältnisse etwas anders als im Peri- und Endoneurium. Erstens findet man hier Leprabazillen nicht

Digitized by Google

in einem frühen Stadium und in der Regel nur an Stellen, wo die Nerven traumatischen Insulten ausgesetzt sind, und aufserdem stehen die Bazillenansammlungen in genauerer Verbindung mit den Blutgefäfsen und scheinen sich von diesen auszubreiten. Die Lage der Leprabazillen ist nicht nur extracellulär, wie UNNA behauptet, sondern auch intracellulär, viele Bazillenanhäufungen, die zwischen den Nervenfasern sich finden, liegen in Lymphspalten. Die Zahl der Bazillen in den Nerven variiert, sie erreicht nie die Höhe wie in den Knoten. Im eigentlichen nervösen Gewebe ordnen sie sich in Reihen, wenn mehrere Bazillen zusammenliegen. Die Veränderungen, welche die eingedrungenen und wachsenden Leprabazillen in den Nerven hervorbringen, sind immer zweifacher Art, parenchymatös und interstitiell. Die parenchymatösen degenerativen Veränderungen unterscheiden sich in nichts von den Degenerationen der Nerven nach Verletzungen. Charakteristisch für einen leprösen Nerven ist ein Reichtum an aufserordentlich dünnen Nervenfasern; die interstitiellen Veränderungen zeigen eine Vermehrung der Kerne, an vielen leprösen Nerven an verschiedenen Stellen eine ganze Menge EHRLICHscher Mastzellen. Bei der weiteren Entwicklung verändert die lepröse Neuritis ihr Aussehen, indem das Resultat aller *chronischen* Entzündungen an diesen Stellen eine Zerstörung des Parenchyms und Bildung *gröfserer* oder geringerer Menge von Bindegewebe ist. In allen fibrös umgewandelten Nerven findet man einige Blutgefäfse wie sonst in festem, fibrösem, neugebildetem Gewebe. Bei dieser Bindegewebsneubildung bleiben die Nervenfasern nicht lange normal, sie werden atrophisch, die fibröse Neubildung drückt die Nervenfasern und zerstört sie schliefslich gänzlich. Die anästhetischen Patienten bieten schnell Zeichen der Destruktion der Nerven dar, während zu gleicher Zeit die Bazillen aus den Nerven verschwunden sind. Diese Patienten reagieren nämlich sowohl schneller als intensiver gegen die Leprabazillen als die knotigen. Es ist dies ein Teil der Widerstandsfähigkeit dieser Leute gegen die Bazillen in einem verhältnismäfsig frühen Stadium, der sich da in den Nerven manifestiert, wenn auch weniger prägnant als in der Haut. In den mehr zentralwärts liegenden Teilen der Nerven findet man keine Bazillen, die Veränderungen, die in diesen Partien gefunden werden, müssen daher indirekt von den Leprabazillen abhängig sein und in die Reihe der trophoneurotischen Veränderungen gestellt werden, die von Läsionen in zentralen oder peripheren Partien herrühren können. Weiter bespricht Verfasser die Veränderungen des Rückenmarks und der Spinalganglien. Die bisher gefundenen Veränderungen haben kaum etwas mit der Lepra zu tun gehabt und sind teils unbedeutend. Zwei Veränderungen sind häufig, besonders die sklerotische Veränderung, die konstant in den Hintersträngen des Rückenmarks gefunden ist in allen langdauernden Fällen der Krankheit, in welchen klinisch trophische Veränderungen und ausgebreitete Anästhesien in den Extremitäten aufgetreten sind. Diese Veränderung mufs der Lepra nach Verfassers Ansicht zugeschrieben werden. Die zweite Veränderung ist eine reichliche Fettablagerung um die Spinalganglien. Die Ganglienzellen zeigen ebenfalls Veränderungen, die Kerne sind bis an den Rand verschoben und sind oft nicht nachzuweisen, das Protoplasma ist ebenfalls verändert, es enthält eine bedeutende Menge von Pigment, wie überhaupt in leprösem Gewebe Neigung zur Pigmentbildung besteht. Auch findet man in den Spinalganglien Zellen mit Vakuolen, aber ohne Pigment. In den Zellen der Spinalganglien werden immer Leprabazillen gefunden in Fällen, wo dieselben in den peripherischen Nerven nachzuweisen waren.

In den Wurzeln des Rückenmarks bemerkt man ebenfalls Veränderungen: Auftreten von dünnen Nervenfasern, in denen Achsencylinder und Markscheide sehr dünn sind, abnormes Anschwellen der Markscheide in anderen Nervenfasern, die hinteren Wurzeln sind stets mehr affiziert als die vorderen, und die Lumbarregion des Rücken-

Digitized by Google

marks ist am meisten betroffen. Im Rückenmark ist die graue und weifse Substanz verändert, das Pigment ist vermehrt; doch sind die Veränderungen kleiner als in den Spinalganglien. Alle Veränderungen der Zellen finden sich öfter in den knotigen als in den typisch makulo-anästhetischen Fällen. (Fortsetzung folgt.)

II. **Venenerkrankungen im Verlauf der Sekundärperiode der Syphilis**, von Erich Hoffmann-Berlin. Die syphilitischen Wandveränderungen wurden zuerst an den Arterien studiert, besonders Heubner stellte fest, dafs an umschriebenen Gebieten der Hirnarterien eine syphilitische Endarteriitis obliterans vorkommt, welche durch eine weder Neigung zur Verfettung, noch zur Verkalkung zeigende Wucherung der Intima und Bildung einer neuen Elastica charakterisiert ist und allmählich zum völligen Verschlufs des Lumens und dadurch zu schweren Folgeerscheinungen führen kann. J. K. Proksch zeigte aus der Literatur, dafs auch syphilitische Venenaffektionen gar nicht selten sind, und dafs es sowohl gummöse als auch irritative Formen gibt. Besonders wichtig sind die in der Frühperiode der Syphilis auftretenden Venenerkrankungen, die zugleich mit den ersten Allgemeinerscheinungen, ja mitunter vor der Eruption des ersten Exanthems auftreten können, über welche H. seine Erfahrungen mitteilt. Die erste Form der syphilitischen Venenentzündung ist die strangförmige Erkrankung der grofsen Unterhautvenen der Extremitäten, die zweite ist die unter dem Namen der nodösen Syphilide beschriebene, eine periphlebitische Entzündung. Die dritte Form wird als Erythema nodosum et multiforme syphiliticum bezeichnet und hat drei Unterabteilungen: 1. das reine Erythema nodosum syphiliticum; 2. das reine Erythema multiforme syphil. und 3. eine Mischform. Zwischen diesen Formen gibt es natürlich Übergänge. Von all diesen Formen behandelt Verfasser nur die strangförmige Phlebitis der gröfseren subcutanen Venen unter Benutzung der vorhandenen Literatur erschöpfend, bei den anderen Formen beschreibt er nur die von ihm gewonnenen histologischen Präparate. Verfasser hat aus der Literatur 33 Beobachtungen von syphilitischer Phlebitis der Sekundärperiode, von welchen 31 die subcutanen Venen der Extremitäten und zwei die Vena poplitea betreffen, zusammengestellt, denen er zwei eigene, sehr ausführlich beschriebene Fälle hinzufügt. (Fortsetzung folgt.)

III. **Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid**, von C. Boeck-Christiania. Das sog. multiple benigne Sarkoid ist gar nicht so selten; so hat Boeck bisher in Norwegen selbst zehn Fälle beobachtet, von denen er die fünf neuen ausführlich schildert und über den Verlauf der früher von ihm publizierten berichtet. Es handelt sich um eine entzündliche Wucherung des Bindegewebes, nach Darier um eine besondere Form von Tuberkulid. Bisher war noch keine Mikrobie in den Hautinfiltraten gefunden, doch fand Boeck bei einem Fall in den krankhaften Infiltraten der Nasenschleimhaut einen Bacillus, der sowohl tinktoriell wie morphologisch mit dem Tuberkelbacillus übereinstimmt, während seine pathogenen Eigenschaften etwas abweichen, so dafs B. die Krankheit für eine sehr eigentümliche Form von gutartiger, abgeschwächter Tuberkulose ansieht; sie zeigt einen so typischen cyklischen Verlauf mit verschiedenen charakteristischen Stadien, die regelmäfsig nacheinander durchlaufen werden; die Krankheitsform ist bisher nicht in Kombination mit anderen tuberkulösen Hautaffektionen beobachtet worden, die Lokalisation der Drüsentumoren ist sonderbar, das konstante Zurückgehen der Krankheit nach der innerlichen Darreichung von Arsen auffallend. Die Hautaffektion bleibt sich, obschon sie, dem Anscheine nach, unter einem recht verschiedenen äufseren Bilde auftreten kann, doch immer bei näherer Untersuchung gleich und bietet immer gewisse Kennzeichen, die es stets ermöglichen, diese Erkrankung von jeder anderen zu unterscheiden. (Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

IV. **Zur klinischen, anatomischen und experimentellen Grenzbestimmung lupöser Hautläsionen,** von G. Nobl-Wien. N. hat schon früher sich als ein Anhänger der Radikalexzision des Lupus mit autoplastischer Deckung der Defekte ausgesprochen, der Verfasser hat prompten, stets verläſslichen Erfolg. Bestimmend für die jetzige auszugsweise Wiedergabe seiner Erfahrungen war für ihn der Umstand, daſs er es in den letzten Jahren nicht bei der klinischen Revision der Ergebnisse bewenden lieſs, sondern stets auch das Gewebsverhalten der entfernten Krankheitsherde der eingehendsten Berücksichtigung unterzog. Es finden daher auch jene Momente eingehendere Würdigung, welche die Grenzverhältnisse der spezifischen Infiltrate, die marginale Apposition der lupösen Plasmome, das Reaktionsvermögen der perilupösen Texturen, sowie die Beschaffenheit der exzidierten makroskopisch für normal imponierenden Randzone klarzulegen geeignet erscheinen und die Wechselbeziehungen derselben zur Eingriffsart und dem kurativen Effekt zu erhärten vermögen. Nobl hat die äuſsersten, dem Auge zugänglichen Konturen der nodulären und konfluierenden Herde für die reellen Grenzen der spezifischen Läsion angesprochen, über welche hinaus sich die tiefgelegenen subpapillären Plasmomausläufer selten weiter als 1—2 mm vorzuschieben pflegen. Er teilt dann die kurz skizzierten histologischen Fälle von 25 Lupusfällen aller Art mit. Die anatomische Untersuchung der Randsektoren ergibt die strengste Beschränkung der lupoiden Infiltration auf das Alterationsgebiet, die makroskopisch normal erscheinende Randzone zeigte sich auch mikroskopisch als gesund.

V. **Zur Histologie des Rhinoskleroms,** von Hermann Schridde-Marburg a. L. In der Arbeit gibt Verfasser neben einem Beitrage zur Histologie der Skleroms auch bemerkenswerte Details zur Kenntnis der normalen und der pathologisch veränderten Plasmazelle. Aus diesen haben sich weiter einige für die Genese der hyalinen Körperchen nicht unwichtige Punkte ergeben. Der geschilderte Fall von Rhinosklerom zeichnet sich in klinischer Hinsicht dadurch aus, daſs die Härte fehlt und statt dessen weiche und ulcerierte Infiltrate vorhanden sind. Damit stimmt auch histologisch das Fehlen des kollagenen Gewebes überein. Das Granulom setzt sich im wesentlichen aus zwei Zelltypen zusammen, den Plasmazellen und den durch schleimige Degeneration aus diesen hervorgehenden Miculiczschen Zellen. Diese Degeneration ist einmal auf direkte, durch die Zellinvasion der Sklerombazillen bedingte Schädigung und in gleichem oder fast vorwiegendem Maſse auf eine Fernwirkung der Mikroorganismen zurückzuführen. Die Plasmazellen führen neutrophile Granula. Neben ihnen gibt es auch noch die Plasmamastzellen. Für die Genese der hyalinen Körperchen ist als erwiesen zu betrachten, daſs im vorliegenden Falle diese Gebilde aus den neutrophilen Granula der Plasmazellen herzuleiten sind. Die Bazillen des Rhinosklerom finden sich hauptsächlich in den Schaumzellen und den aus diesen durch Weiterschreiten der Degeneration hervorgehenden Hohlzellen. Zu wenigen werden sie auch im Plasmazellenleibe und frei im Gewebe angetroffen. Nie sind sie in den hyalinen Gebilden oder in Zellen, welche hyaline Kugeln führen, vorhanden, ebensowenig in Leukocyten.

VI. **Über zwei weitere Fälle von Pemphigus vegetans mit Entwicklung von Tumoren,** von Leo R. v. Zumbusch-Wien. Verfasser schildert zwei interessante Fälle von Pemphigus vegetans aus Riehls Klinik bei einem 46jährigen Mann und einer 49jährigen Frau. Die Kranken leiden an einer chronischen Affektion, die mit schweren Allgemeinsymptomen einhergeht, es entwickeln sich auf der Haut durch Monate und Jahre hindurch Blasen ohne bekannte Ursache; diese Blasen werden eitrig trüb, platzen, trocknen ein, und die Stellen überhäuten sich, die Haut gewinnt ihre normale Beschaffenheit wieder. Daneben kommen aber an einzelnen Stellen die charakteri-

stischen Vegetationen vor: Flächen verschiedener Gröfse und unregelmäfsiger Form, deren Rand von teils kleinsten, meist eitrig getrübten Bläschen gebildet wird, teils als aufstehender Epidermissaum erscheint. Der Grund ist besetzt mit drüsigen Wucherungen, die manchmal nässend, manchmal mit höckerigen, rauhen Hornmassen besetzt und trocken sind, und die das Niveau der Umgebung plateauartig überragen. In einzelnen Erscheinungen weichen die beiden Fälle vom Typus ab, so ist z. B. der relativ benigne Verlauf beachtenswert, bei dem Fall 1 bestand das Leiden fünf Jahre, je zwei Jahre lang hatte dieselbe eine vollständige Remission. Fall 2 war nach einjährigem Aufenthalt in der Klinik fast geheilt, während die früher berichteten Fälle in der Literatur meist schnell und bösartig verliefen und oft letal endeten. Auch die Lokalisation der Vegetationen ist abnorm; zwar zeigt Fall 1 reichliche Wucherungen in den Achselhöhlen, um das Genitale, Perineum, aber am Mund waren wenig Herde. Dagegen waren enorm ausgedehnte Flächen an den Vorderarmen, Unterschenkeln und Fufssohlen. Bei Fall 2 ist die Steigerung der Papillombildung zur Entwicklung gestielter Tumoren eine noch nie beobachtete Erscheinung, die Tumoren stimmten histologisch mit dem Pemphigus überein; sie kennzeichnen sich als eine höherer Grad der dieser Pemphigusform eigentümlichen Papillombildung.

VII. **Über die multiple Neurofibromatose (Fibromata mollusca)**, von Ludwig Merk-Innsbruck. M. teilt zwei Befunde mit, die ihm bei der Beobachtung von Fällen Recklinghausenscher Krankheit auffielen. Der eine Befund ist ein rein klinischer und betrifft unter dem Bilde der Atrophie einhergehende Hautveränderungen. Der andere Befund ist ein pathologisch-histologischer und bezieht sich auf Veränderungen in den Nebennieren. Besonders in der linken Nebenniere sieht man eine bedeutende Volumszunahme des Organs, es fehlt die Grenze zwischen Mark- und Rindensubstanz. Aus den normalen Parenchymzellen sind Gebilde hervorgegangen, deren Kerne erheblich gröfser wurden, ohne dafs der Zellinhalt eine markante Veränderung zeigte. Die Entartungsstadien sind mannigfacher Art, Eine Erklärung der Befunde ist nicht gegeben.

VIII. **Ein Fall von systematisierter Lichenifikation, als Beitrag zur Kenntnis metamerischer Hautaffektionen**, von Söllner-Graz. Verfasser beobachtete einen 18 Jahr alten Maurerlehrling mit einer Hautaffektion, welche er als Lichenifikation bezeichnet, begründet durch die Reliefveränderung und Schuppung, Hyperpigmentation, entzündliche Infiltration und Hautverdickung. Es ist eine gewisse Art strichförmiger Dermatitis, die nach ihrem klinischen Aussehen und nach dem histologischen Aufbau eine eigene Affektion für sich darstellt. Der chronisch-entzündliche Prozefs, die Dermatitis des vorliegenden Falles ist als ganz besonders bland zu betrachten, zumal Symptome frischer entzündlicher Veränderungen nur spärlich zu sehen waren. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band VIII. Heft 3. Dezember 1904.

I. **Zur Statistik der Psoriasis vulgaris**, von Paul Hirsch. H. berichtet über 1836 Psoriatiker, die in den Jahren 1889—1903 einschliefslich in der Poliklinik von Max Joseph-Berlin behandelt wurden; es sind 6,63% der Haut- und Geschlechtskranken. Die Zahl der Psoriasisfälle war in jedem Jahre fast gleich, die Männer stellten 1576, die Frauen nur 260 Fälle; die Jahreszeit war ohne Einflufs; die Befallenen waren kräftige Individuen, von denen 41% im Alter von 21—30 Jahren standen, während nur 9 Kinder unter 6 Jahren in den 15 Jahren behandelt wurden und der älteste Patient 72 Jahre zählte. Hauptsächlich untersuchte Verfasser die Art der Beschäfti-

Digitized by Google

gung der Kranken, um eventuell den Einfluſs des Berufes auf Entstehung der Psoriasis zu beweisen, zumal JOSEF bemerkt hatte, daſs viele Schlachter unter den Patienten seien. Nach den genauen Aufzeichnungen stellen nun tatsächlich die Schlachter das relativ gröſste Kontingent zur Psoriasis, ihnen folgen die Bäcker. Sonst bietet die Statistik nichts Neues und Aufklärendes in ätiologischer Beziehung.

II. **Ein Fall von rezidivierendem Herpes zoster am Zeigefinger der linken Hand**, von LUDWIG SPITZER-Wien. Bei einem 24jährigen schwächlichen Manne traten fünfmal im Verlauf eines Jahres Herpeserscheinungen im Gebiete des Musculus radiobrachialis auf. Am Dorsum der Endphalanx des Zeigefingers schieſsen rasch fünf bis sechs Bläschen auf, deren Inhalt sich später trübt; daneben besteht eine Empfindlichkeit am Vorderarm. Objektiv findet man eine deutliche Hyperästhesie in dem Hautgebiete, entsprechend der Verzweigung des Nervus radialis. Taktile, Schmerz- und thermische Reize werden viel intensiver empfunden als auf der gesunden Seite. Die Abheilung geht innerhalb einer Woche vor sich. Jedenfalls handelt es sich um eine seltene Erscheinungsform von Herpes zoster, selten nicht nur durch die Fähigkeit, zu rezidivieren, sondern auch durch seine Lokalisation.

Heft 4. Januar 1905.

I. **Die Quecksilberabgabe der Mercolintschürzen**, von HEINRICH LOEB-Mannheim. Der Weg, auf welchem das Quecksilber des Mercolints zur Resorption gelangt, wird zum gröſseren Teil durch die Lungen, zum kleineren Teile durch die Haut führen, wie die raschere Rückbildung spezifischer Efflorescenzen in den mit Quecksilber bedeckten Gebieten erkennen läſst. Um die Menge Quecksilber festzustellen, die täglich zur Verdampfung gelangt, wurden täglich genaue Wägungen vorgenommen. Die Versuche beziehen sich auf Mercolint III, welcher mit 50 g Hg imprägniert ist. Die Versuche wurden 35, 54 und 60 Tage fortgesetzt. Auch in den letzten Versuchstagen war die Abgabe des Hg nicht geringer als am Anfange, was sich daraus erklärt, daſs nach 60 Tagen die Schürze immer noch 30,8 g Quecksilber enthielt, sie war also nach 60 Tagen noch wirksam. Die durchschnittliche tägliche Quecksilberabnahme betrug im Mittel 0,357 g.

II. **Ein Fall von elephantiasischer Oberextremität**, von ALBERT MAYER-Worms. Der 37jährige kräftige Arbeiter hat angeblich nie Lues gehabt, bereits seit acht Jahren bemerkt er eine ohne Entzündungserscheinungen und Schmerzempfindung verlaufende allmähliche Volumzunahme der rechten Oberextremität. Dieselbe weist folgende Maſse auf: Umfang der Mitte des Oberarmes 34 cm (links 28 cm), der Mitte des Ellenbogens 37 cm (25 cm), der Mitte des Unterarmes 37 cm (27 cm). Die Haut ist glatt, von normalem Aussehen, verdickt und von der Unterlage nicht abhebbar. Es besteht mäſsiges Hautödem. Die Hand ist tatzenförmig, auf dem Handrücken ist die Haut ebenfalls verdickt, aber leicht abhebbar, Finger spindelförmig. In der rechten Achselhöhle ist eine dem Humerus aufsitzende, knöcherne, nuſsdicke Protuberanz fühlbar, diese ruft durch Druck lymphatische Stauung hervor, die das Wesen der Elephantiasis ausmacht. Die syphilitische Natur des Leidens ist nicht von der Hand zu weisen, zumal sich an der linken Unterextremität ein etwa talergroſses gummaverdächtiges Ulcus befindet. Der Erfolg einer Kur mit Jodkalium konnte nicht abgewartet werden, da Patient die Klinik verlieſs. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monatsberichte für Urologie.

1904. Band IX, Heft 11.

Urethritis non gonococcica und ihre Komplikationen (Epididymitis, Prostatitis, Harnröhrenneurose), von MORIZ POROSZ-Budapest. Bezüglich der klinischen

Digitized by Google

Symptome dieser Affektion schliefst sich Porosz vollständig der Beschreibung von Waelsch an, welcher 1. lange Inkubation, 2. chronischen Beginn und Verlauf, 3. Geringfügigkeit der subjektiven und objektiven Symptome, 4. negativen Gonococcusbefund, 5. unerreichbare vollkommene Heilung und 6. schlechte Prognose bezüglich Dauer und Heilung des Leidens als Hauptcharakteristika anführt. In den von P. beobachteten Fällen waren es hauptsächlich starke Injektionen und energische Behandlung wegen vermeintlicher Blennorrhoe, welche die Harnröhrenentzündung verursachten; dieselbe disponiert auch ganz besonders zu sekundärer Blennorrhoe, wie ein weiterer Fall P.s lehrte. Seine Schlufssätze lauten dahin: 1. Urethritis non gonococcica ist nicht gar so selten. 2. Sie heilt langsam und kaum jemals gänzlich. 3. Die Behandlung ist — im Gegensatz zu der hartnäckigen Blennorrhoe — sehr behutsam zu führen. 4. Brüske Tätigkeit kann nur schaden und Komplikationen, wie Epididymitis, Prostatitis, Neuritis der Pars posterior urethrae, hervorrufen. 5. Tonogen suprarenale sec. Richter (Budapest) ist ein vorzügliches Mittel (Adstringens, Anaestheticum), mit welchem (neben Crurin) in 25—35—50%iger Lösung in einigen Fällen die Heilung schon nach wenigen Wochen zustande kam (also doch! s. oben. Ref.). Zur Behandlung der komplizierenden Prostatitis faradisiert P. die Prostata, zu welchem Zwecke er sich ein spezielles Elektrod anfertigen liefs.

Die Entwicklung der persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Blokusewski, Kreisphysikus z. D., Niederbreisig a. Rh. Verfasser, durch seinen „Samariter" bekannt geworden, bespricht die historische Entwicklung der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten vom Altertum an bis auf die neueste Zeit. Als hervorragendste Mafsregel aus dem Altertum sieht er die Beschneidung an, die auch für das gemäfsigte Klima prophylaktische Bedeutung habe, jedenfalls aber nicht von schädlichem Einflufs sein könne. Weiters sind die Bordelle zu erwähnen, deren Stelle, wenigstens in Asien, die Tempel vertraten; in Athen ist das erste 594 durch Solon errichtet worden, und zwar ursprünglich aus moralischen Gründen. Zweckmäfsige Bordellordnungen sind aus der Zeit nach Christi Geburt aus Italien bekannt, und aus dem 13. Jahrhundert stammt der erste prophylaktische Vorschlag eines Arztes Wilhelm von Saliсet, Prof. in Verona, indem er besonderen Wert auf zweckmäfsiges Waschen des Gliedes nach dem Beischlafe legte, allerdings noch mit einfachem kalten Wasser, was dann von seinen Schülern und Nachfolgern durch verdünnten Essig, Zitronensaft, dann durch Urinieren nach dem Beischlaf ergänzt wurde. Der berühmte Fallopius, der glaubte, nichts geleistet zu haben, wenn er nicht ein sicheres Schutzmittel gegen die Geschlechtskrankheiten erfände, gab einen Überzug aus Leinwand an, welches auf sehr komplizierte Weise mit einer zusammengesetzten Mischung imprägniert und während des Beischlafs über die Eichel gezogen wurde — dieser Vorläufer des Condoms soll aber sehr schlecht seinen Zweck erfüllt haben. Von den verschiedensten Mitteln, die sodann zu Waschungen empfohlen wurden, wurde am bekanntesten eine Auflösung des Ätzsteins, die Fordyce 1758 angab und Warren 1771 als Einspritzung empfohlen wurde. Auch Sublimat- und andere (Kalk-) Lösungen wurden zu Einspritzungen und Waschungen verwandt. Nach Entdeckung des Gonococcus durch Neisser (1879) und zumal infolge der günstigen Resultate des Credéschen Verfahrens bei Neugeborenen (1881) hätte man eine neue Epoche der Prophylaxe erwarten sollen, aber erst Haussmann (1887) gab die 2%ige Höllensteinlösung als Einspritzung an, was sich jedoch als zu schmerzhaft erwies. Verfasser beschreibt nun, wie er ohne Kenntnis der Literatur im Jahre 1890 auf das Einträufelungsverfahren kam, dasselbe aber erst im Jahre 1895 ausführlich veröffentlichte. Es folgten dann eine Reihe ähnlicher Versuche und Apparate, wie Marschalkós „Phallokos", welchen Blokusewski aus verschiedenen Gründen verwirft und dem er als Verbesserung des „Samariters"

den „Amicus“ entgegenstellt. Franks „Prophylaktol“ erwies sich zwar als sicher, aber als sehr unbequem in der Anwendung. Bezüglich der von der Gesellschaft „Viro“ in den Handel gebrachten, mit salbenartigen Zubereitungen (Protargol, Gelatine, Glycerin und Wasser gefüllten Tuben erhebt Bl. den Einwand, daſs salbenartige Massen nicht so sicher in die Buchten und Falten der Schleimhaut gelangen als tropfbarflüssige Lösungen, und dies noch unangenehmer wird, wenn die Salbe eintrocknet und dann aus manchen Tuben überhaupt nichts auszupressen ist. Blokusewski führte nun neuerdings unter dem Namen „Sanitas-Kelch“ und „Sanitas-Olive“ Schutzmittel ein, welche eine 8%ige Albargin-Lösung enthalten und deren Handhabung eine recht bequeme nach dem Prinzip von Franks Prophylaktol ist; nach den bakteriologischen Versuchen von Piorkowski, welche die Angaben Bl.s vollständig bestätigten, werden Gonokokken durch eine 4%ige Albarginlösung nach zehn und durch eine 5%ige bereits nach fünf Sekunden getötet, so daſs obige Konzentration zu prophylaktischen Zwecken sehr geeignet erscheint. Zur Prophylaxe gegen Syphilis empfiehlt Blokusewski nach dem Vorbilde Viro, das Glied mit einem festhaftenden Überzug, dem Wachswaschseifencreme, der mit 1,5% Formalin versetzt ist (Viro 1%) schlüpfrig zu machen. *Stern-München.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. I. Heft 10 und 11.

Die operative Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen (nach Ramon Guiteras-New York), von G. Berg-Frankfurt a. M.

Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen, von M. v. Margulies-Odessa. (Fortsetzung.)

Quartalsbericht über Nierenkrankheiten, von L. Weil-Stuttgart. (Fortsetzung.)

Zur Therapie des Ulcus molle, von K. Jooss München. Das wichtigste Moment bei der Behandlung des Ulcus molle ist die Verhütung einer sekundären Lymphdrüsenentzündung. Eine Vernichtung der infizierenden Mikroorganismen (J. scheint sich nicht von der ätiologischen Bedeutung der Unna-Ducreyschen Bazillen überzeugt zu haben. Ref.) ist mit unseren heutigen Hilfsmitteln nicht zu erzielen; eher würden die betreffenden Gewebe des Körpers zerstört werden. Daher wendet Verfasser nur bei oberflächlichen, nicht von der Vorhaut bedeckten Geschwüren, bei denen keine Beteiligung der Lymphdrüsen besteht, antiseptisch wirkende Streupulver an. Bei allen anderen Formen kommt der feuchtwarme Verband in Betracht. Während es an den von der Vorhaut bedeckten Stellen genügt, einen mit Borsäurelösung oder destilliertem Wasser getränkten kleinen Wattebausch (der mindestens viermal täglich zu wechseln ist) unter die Vorhaut einzulegen, machen die an nicht vom Präputium bedeckten Stellen das Anlegen eines Verbandes mit wasserdichter Bedeckung nötig. Hierzu bedient J. sich eines Condoms von möglichst derber Konsistenz. An der Spitze wird behufs Urinentleerung ein kleiner, ovaler Einschnitt angebracht, und das proximale Ende wird mit einigen Bindentouren am Schafte des Penis befestigt. Es genügt, den Verband täglich einmal zu erneuern. Unter einem Material von 103 Fällen hat er diesen Verband 32mal angewandt. Trotzdem hierbei recht erhebliche Affektionen vorkamen (bei 19 Patienten war das Ligamentum unterminiert), hat er nur bei zwei Fällen, welche bei der Aufnahme schon vereiterte Bubonen aufwiesen, ein Verschwinden der Lymphadenitis nicht eintreten sehen.

Übergänge zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht, von M. Hirschfeld-Charlottenburg. Verfasser berichtet über einige lehrreiche, von ihm beobachtete Fälle von Übergangsformen und stellt folgende Leitsätze auf: 1. Alle

Geschlechtsunterschiede sind quantitativer Art. 2. Alle Geschlechtscharaktere machen in ihrer Entwicklung drei Stadien durch: ein ungeschlechtliches (latentes), ein geschlechtliches (indifferentes) und ein zweigeschlechtliches (differenziertes). 3. In jedem Bion, das aus der Vereinigung zweier Geschlechter hervorgegangen ist, finden sich neben den Zeichen des eigenen Geschlechts die des anderen oft weit über das Rudimentärstadium hinaus in sehr verschiedenen Gradstufen vor. 4 Je später die Differenzierung eines Geschlechtszeichens erfolgt, um so häufiger weicht seine Graduierung von dem sexuellen Durchschnitt ab. 5. Jeder Geschlechtscharakter kann für sich abweichen, doch läfst sich eine Relation in den Abweichungen nachweisen, welche sich in derselben Zeitperiode entwickeln. 6. Die Variabilität der Individuen in somatischer und physischer Hinsicht hängt zum grofsen Teil von dem sehr variablen Mischungsverhältnis männlicher und weiblicher Attribute ab. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Lepra.

Band 5. Heft 1.

I. **Die Lepra in Island 1904,** von Ehlers-Kopenhagen. Im Jahre 1897 wurde in Reykjavik das neugegründete Leprosorium, für 60 bis 70 Kranke berechnet, eröffnet. Kurz darauf trat das Isolierungsgesetz, im wesentlichen dem norwegischen Gesetz entsprechend, in Kraft. Die Zahl der Leprösen wurde damals auf etwa 200 geschätzt. Seit jener Zeit hat sich die Zahl erheblich, um mehr als ein Viertel, vermindert. Unter 133 im Jahre 1901 beobachteten Fällen waren 73 mit tuberöser, 60 mit anästhetischer Lepra. Auch auf Island überwiegt also wie in Skandinavien die tuberöse Form; im Norden ist die Krankheit also bösartiger als in tropischen Ländern. — Grönland ist und war stets leprafrei, eine Tatsache, die bei der vorwiegend aus Fischen bestehenden Nahrung der Eskimos für die Anhänger der Fischtheorie gewifs nicht ohne Interesse ist.

II. **Über die Heilbarkeit der Lepra,** von W. Dubreuilh-Bordeaux. Verfasser führt aus, dafs man die Lepra nicht schlechtweg als eine unheilbare Krankheit betrachten könne, wenn man berücksichtige: 1. dafs zweifellos Fälle von tuberöser Lepra rascher und erheblicher Besserung fähig sind, wenn auch keine vollständige Heilung erfolgt und Rückfälle nicht auszuschliefsen sind; 2. dafs bei anästhetischer Lepra ein definitiver Stillstand in der Entwicklung möglich ist, wenn auch tiefe und untilgbare Spuren des Leidens zurückbleiben. Durch die Mitteilung einiger eigener Beobachtungen sucht Verfasser seine Ansicht zu stützen.

III. **Über die dermalige Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Bosnien und der Herzegowina,** von Leopold Glück - Sarajevo. Zurzeit sind in Bosnien und der Herzegowina 317 Leprafälle bekannt, 260 männlichen und 57 weiblichen Geschlechts. Von diesen 317 Kranken gehören 63 der katholischen Religion an, 120 sind serbisch-orthodox, 124 moslemitisch; unter der jüdischen Bevölkerung wurde bisher noch kein Leprafall gefunden. 142 (= 44,8 %) der Erkrankten leiden an Lepra tuberosa, 85 (= 26,8 %) an Lepra anaesthetica, 88 (= 27,8 %) an der gemischten Form. Aus der Tatsache, dafs die tuberösen Formen überwiegen, läfst sich der Schlufs ableiten, dafs die Krankheit in jenen Gebieten ihren Höhepunkt noch nicht überschritten hat. Von den Erkrankten stand mehr als die Hälfte im Alter von 10 bis 30 Jahren; der jüngste Patient war 4 Jahre, der älteste 85 Jahre alt. Die gröfseren Städte und Bezirksorte sind leprafrei; fast alle Leprösen sind Bewohner des flachen Landes. Die am stärksten befallenen Bezirke sind der Mehrzahl nach Binnenbezirke. Für die Frage der Mortalität der Lepra fehlen dem Verfasser vorläufig noch die nötigen Anhaltspunkte.

Digitized by Google

Seit den 90er Jahren hat die Regierung ihre Aufmerksamkeit auf die Bekämpfung des Leidens gerichtet. 1897 wurde eine Leprastation bei der dermatologischen Abteilung des Landesspitals in Sarajevo begründet; 1898 verfügte die Regierung gesetzlich die Anzeigepflicht und Evidenzhaltung jedes einzelnen Leprafalles und ordnete die gründliche Desinfektion der Effekten der Kranken an. Auf Anregung der Regierung wurden ferner therapeutische Versuche in gröfserem Mafsstab mit dem arsenhaltigen Guberwasser angestellt. Die Erfahrungen des Verfassers mit diesem Wasser waren recht günstige, jedoch hörte einige Zeit nach Sistierung der Behandlung gewöhnlich auch die Wirkung auf und der Krankheitsprozefs entwickelte sich von neuem. — Die Ärzte des Landes wurden von der Regierung auf die Bedeutung der Initialsymptome der Lepra aufmerksam gemacht und der Verfasser beauftragt, von Zeit zu Zeit Untersuchungsreisen in die stärker befallenen Bezirke zu machen. Seit 1901 ist die Evidenzhaltung und mindestens einmal jährliche Untersuchung nicht blofs der Kranken, sondern auch aller Hausgenossen angeordnet und gleichzeitig wurde verfügt, alle Leprakranken so gut als möglich isoliert zu halten. Bei den Wohnungsverhältnissen auf dem Lande ist der Wert dieser Verfügung nur ein beschränkter, es sollte die obligatorische Absonderung der Kranken gefordert werden. Der Einführung dieser Forderung stehen jedoch vorläufig noch vielfache Schwierigkeiten im Wege.

IV. **Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica, mit besonderer Berücksichtigung der nervösen Erscheinungen derselben und ihre Stellung zur Syringomyelie**, von M. Nonne-Hamburg. „Meinungsverschiedenheiten beherrschen die Lehre von der Lepra anaesthetica von Anfang bis zu Ende.“ Mit diesen Worten leitet der Verfasser sein auf dem letzten internationalen Dermatologenkongrefs vorgetragenes Referat ein, das deshalb von besonderem Interesse ist, weil hier das schwierige Thema einmal vom klinisch-anatomischen Standpunkt des Neurologen beleuchtet wird. Aus diesem Widerstreit der Meinungen heraus kommt Verfasser zu folgender Beurteilung:

Was zunächst die Maculae bei der Lepra nervorum, die Lepride, betrifft, so begegnet die Auffassung, dafs sie lediglich durch Erkrankung zugehöriger Nerven entstehen, noch prinzipiellen, bisher nicht entkräfteten Gegengründen; durch eine Reihe einwandsfreier Fälle ist es sichergestellt, dafs in den „Flecken“ Bazillen vorkommen, sowie dafs es sich bei ihnen pathologisch-anatomisch nicht nur um Hyperämie, sondern um Infiltrationen handelt, die sich vielfach nur durch das Fehlen der Massenhaftigkeit und der Tendenz der Ausbreitung in der Tiefe von der „Knoteneruption“ der Lepra tuberosa unterscheiden. — Während bei der tuberösen Lepra die Nervenstämme von dem spezifisch leprösen Prozefs befallen werden, zeigen die Nerven bei der Lepra nervorum das Bild einer schweren parenchymatösen und interstitiellen Erkrankung, aber ohne alle spezifisch leprösen Veränderungen. Bazillen sind in den Nerven gefunden worden, sind aber überaus spärlich. Der Degenerationsprozefs in den Nerven beginnt gewöhnlich in der Peripherie. Auch im Rückenmark wurden spezifisch lepröse Prozesse bisher nicht gefunden. Die Veränderungen im Rückenmark bestehen in Anomalien der grauen Substanz (abnorme Befunde an Ganglienzellen), degenerativen Prozessen in der weifsen Substanz, besonders in den Hintersträngen, seltener den Seitensträngen; die Gefäfse sind normal oder haben uncharakteristische chronische Verdickungen ihrer Wand; Bazillenbefund ist selten. — Pathologische Befunde am Hirn liegen überhaupt nicht vor. — Die Symptomatik der Lepra nervorum liegt fast ausschliefslich auf dem nervösen Gebiet. Während das klinische Krankheitsbild heute vollkommen feststeht, begegnet die Auffassung der Pathogenese noch sehr grofsen Schwierigkeiten. „Wir können es“, sagt Verfasser, „als Tatsache ansehen, dafs die Klinik der Lepra nervorum nicht bedingt wird durch die Bazillen an sich

und nicht bedingt durch spezifisch lepröse pathologisch-anatomische Veränderungen." „Das Symptomenensemble der Lepra nervorum und einzelne Symptome derselben, speziell die trophischen Störungen, kennt der Neurologe bisher nur bei Rückenmarkserkrankungen (Tabes dorsalis und Syringomyelie). Bei den anderen uns bekannten Formen von peripherischer Neuritis infektiösen und toxischen Herkommens sehen wir derart tiefgreifende trophische Störungen nicht." „Aufser der Lepra nervorum kennen wir bis jetzt keine andere Krankheit, die so hochgradige chronische peripherneuritische Veränderungen neben einer spinalen Erkrankung mittleren oder geringeren Grades zeigt." Die peripher-neuritischen Veränderungen allein hält Verfasser zur Erklärung der klinischen Erscheinungen, namentlich auf dem Gebiete der Sensibilität, sowie der trophischen und sekretorischen Funktionsstörungen, nicht für genügend. Verfasser ist der Ansicht, dafs „die Lepra nervorum eine Erkrankung des Nervensystems ist, bei der der Bacillus an sich eine geringe Rolle spielt, bei der aber eine Schädlichkeit, sagen wir ein Gift oder ein „Toxin", die Hauptrolle spielt. Das Gift greift in der Regel in der Peripherie an und zerstört die peripheren Nerven, kann aber auch schon frühzeitig vom Rückenmark aus Beweise seines Daseins geben. Des weiteren schädigt es die peripheren Nerven dort, wo sie gegen äufsere Schädlichkeiten einen Locus minoris resistentiae bieten; von dort kann es wieder zu absteigenden Degenerationen in den peripheren Nerven kommen. Neben den peripheren Nerven wird aber auch das Rückenmark in seinen sensiblen, motorischen, trophischen und sekretorischen Funktionen geschädigt, und so entsteht ein buntes Bild einer Kombination von peripher-neuritischem und zentral-spinalem Symptomkomplex. Es ist möglich, dafs auf dem Gebiet der Sensibilitätsstörungen auch eine funktionelle Komponente noch mitwirkt." Die Wirkung der Lepra auf das Nervensystem vergleicht Verfasser mit der der Syphilis auf das Nervensystem: die durch spezifisch-syphilitische gummöse Veränderungen bedingten Störungen entsprechen den durch tuberöse Prozesse hervorgerufenen; die Lepra nervorum aber entspricht der Tabes. Zusammenfassend und abschliefsend sagt Verfasser: „Das Nervensystem kann von der Lepra in zweifacher Weise befallen werden, einmal in Form der spezifisch leprösen Veränderungen, dabei leidet es sekundär allmählich und in Form der nach allgemein neurologischen Grundsätzen ablaufenden Neuritis peripherica — unter Zubilligung spezifischer Eigenheiten, z. B. relatives Verschontbleiben der motorischen Funktionen —; ein anderes Mal nicht als spezifisch lepröse Erkrankung sich darstellend, in Form einer chronischen Vergiftung, die anatomisch vorwiegend am peripherischen Nervensystem. aber auch unabhängig davon am Rückenmark sich geltend macht."

Über den Zusammenhang von Lepra nervorum und Syringomyelie spricht sich Verfasser dahin aus, dafs die reinen Formen beider Krankheitsbilder klinisch auch ohne das Hinzutreten von tuberöser Lepra auseinanderzuhalten sind. In einer Reihe von „Formes frustes" kann die Diagnose nur durch den Nachweis von echt leprösen Symptomen (tuberöse Form, Leprabazillen in Sekreten oder exzidierten Partikeln) gestellt werden. Es kommen bei der Lepra nervorum klinische der Syringomyelie entsprechende Symptome vor, welche die Mitbeteiligung des Rückenmarks voraussetzen, und es sind auch im Rückenmark bei Lepra nervorum schon Degenerationen gefunden worden, welche die Zumischung zentral-spinaler Symptome zu den peripher-neuritisch bedingten erklären. Der Satz, dafs die Lepra nicht zu anatomischen Veränderungen führt, wie sie bei der Syringomyelie bekannt sind, kann zwar seit Gerbers und Matzenauers Fall von echter Syringomyelie bei einem echt Leprösen nicht mehr aufrecht erhalten werden. Trotzdem aber mufs angesichts der Überzahl der negativen Befunde die Identität von Lepra und Syringomyelie entschieden in Abrede gestellt werden.

A. Loewald-Kolmar.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1904. Band IV, Nr. 23.

Der Harnstoff des Blutes unter pathologischen Verhältnissen und namentlich bei Hautkrankheiten, von L. Butte-Paris. Unter normalen Verhältnissen enthält das Blut 0,016 bis 0,02% Harnstoff. Eine Vermehrung desselben deutet auf Erkrankung, vorzugsweise der Nieren, Verminderung auf eine Leberaffektion hin. Als ein prognostisch sehr ungünstiges Moment hat B. wiederholt eine Steigerung auf das Fünf- bis Sechsfache des normalen Quantums konstatieren können, einesteils bei Nephritis, anderenteils bei Pneunomie und Scharlach. Von Hauterkrankungen kommen Dermatitis herpetiformis, Pemphigus foliaceus und universelles Ekzem in Betracht, bei denen B. vielfach eine sehr erhebliche Vermehrung des Harnstoffes im Blute nachweisen konnte. Während eine Vermehrung auf 0,045% noch eine günstige Prognose zuläfst, sind höhere Zahlen, welche bis 0,17% oder gar darüber gehen können, entschieden von übler Vorbedeutung. Eine Verminderung des Harnstoffes hat Quinquana bei kachektischen, fieberfreien Lungenkranken gefunden. B. empfiehlt dringend, diesem Momente, dessen Feststellung keinerlei nennenswerte Schwierigkeiten darbietet, eine erheblich gesteigerte Beachtung zu schenken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

La Syphilis.

Band II. Heft 12. Dezember 1904.

I. **De rebus syphiliticis et quibusdam aliis**, von Barthélemy. Im ersten Absatz wendet sich B. gegen das Wesen der Denunzianten, welches leider auch vereinzelt unter den Ärzten vorkam, und plädiert dafür, dafs der ärztliche Stand selbst solche Elemente aus seinen Reihen entfernt; er spricht dem denunzierten Kollegen seine volle Hochachtung aus. Ferner protestiert B. gegen die oft falsch ausgeübte Zensur in Frankreich, die z. B. das berühmte Buch von Brieux, „Sur les Avariés“, verbot, während sie dagegen viele Hintertreppenlektüre und sonstige Unanständigkeiten der Literatur duldet. Im dritten Abschnitt teilt Verfasser den Rücktritt des Prof. Gailleton von dem Lehrstuhl der Dermatologie und Syphilographie zu Lyon mit und begrüfst als dessen Nachfolger freudig Prof. Augagneur. Der letzte Absatz ist ein Nachruf für Finsen.

II. **De L'Hemoglobinurie paroxystique a frigore et ses rapports avec les autres affections causés par le froid au cours de la Syphilis**, von F. Balzer-Paris. Der Einflufs oder das Auftreten der Kälte macht sich nicht bei allen Syphilitischen fühlbar, aber beim Auftreten des Exanthems in der Sekundärperiode wird es oft beobachtet und von den Kranken meist sehr stark empfunden, worauf zuerst Fournier hinwies, besonders bei weiblichen Wesen. Neben der Empfindung der Kälte zeigt sich eine leichte Cyanose und eine Veränderung des Blutes, eine Hämoglobinurie oder Albuminurie. Verfasser beobachtet seit zwei Jahren einen Fall von Hämoglobinurie mit Kältegefühl bei einem 37jährigen Syphilitiker, den er schildert, und einen ähnlichen bei einem 54jährigen Herrn. Er kommt zu dem Resultate, dafs die Hämoglobinurie dieser Art in symptomatischer und ätiologischer Beziehung Analogien bietet mit der Raynaudschen Krankheit. Sie entstehen unter dem Einflufs allgemeiner Ursachen, unter welchen die Infektionskrankheiten, speziell die Syphilis, den Hauptplatz einnehmen; funktionelle Störungen und Affektionen der Nieren treten dabei in Erscheinung.

III. **Die syphilitische Familie und ihre Nachkommenschaft**, von Benjamin Tarnowsky-Petersburg. (Schlufs.) T. beschliefst seinen langen Aufsatz, indem er

Digitized by Google

noch eine grofse Zahl einschlägiger Fälle aufzählt, bei denen Lues bis in die vierte Generation hinein vorkommt; an einzelne Krankengeschichten sind längere Epikrisen angereiht.

IV. **Die Beziehung des Schankers zu der Schwere der Syphilis**, von PORTUCALIS Konstantinopel. Die Schwere der Syphilis steht in direkter Abhängigkeit von der Menge, der Beschaffenheit des Virus und dem Boden, worauf er weilt. Je weniger und je schwächer das Gift, je mehr widerstandsfähig der Körper, um so langsamer und unschädlicher wirkt es in den Lymphbahnen, um so stärker wirkt die Phagocytose und der Kampf des gesunden Blutes gegen die noch unbekannten Erreger der Syphilis. Ist nun gleich der Schanker grofs und tief, heilt er langsam und zeigt er viel Eiter, so ist auch die Aufnahme des Eiters in den Säftestrom naturgemäfs reichlicher und die Mikroorganismen gelangen in gröfserer Menge in die Blutbahn des Infizierten, die meisten Blutkörperchen sind dann nicht mehr imstande, alle Mikrobien zu vernichten, im Gegenteil, letztere zerstören nun ihrerseits auch die roten Blutkörperchen und bewirken so ein schweres Leiden. Es ist daher empfehlenswert, wenn irgend möglich, sofort beim Erscheinen den Schanker zu exzidieren, um so einen Seuchenherd zu eliminieren. Nach Verfassers Ansicht ist der Verlauf der Syphilis dann entschieden milder, als wenn man die Sekundärerscheinungen abwartet und so dem Virus Gelegenheit gibt, sich recht reichlich zu verbreiten. Er rät zu möglichst intensiven Kuren. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Ein Beitrag zur Metaplasie des Harnblasenepithels, von R. LICHTENSTERN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 13.) Die Metaplasie der Blase, eine chronisch entzündliche Veränderung, findet man als Leukoplakie am meisten in der Gegend des Orificium internum. Die Ätiologie ist nicht immer nachweisbar, chronische Blennorrhoe und Fremdkörper dürften oft für die Metaplasie verantwortlich gemacht werden. Die Leukoplakie verläuft unter dem Bilde einer chronischen Cystitis, oft treten Blutungen auf, bei der Miktion starke Schmerzen. Zum Schlufs bringt L. zwei Fälle, die besonders histologisch von Wert sind, da er hier die mikroskopischen Veränderungen beschreibt. Was die interessanten Details betrifft, so verweisen wir auf das Original. Die Leukoplakie trotzt der energischsten Therapie, die Cystitis bleibt bestehen!

Am zweckmäfsigsten empfiehlt L. die Anlegung suprapubischer Fisteln.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Die Cystitis der Kinder. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 22.) Zusammenstellung der bei den Blasenkatarrhen der Kinder erforderlichen und wirksamen therapeutischen Mafsnahmen. Die Behandlung des akuten Stadiums ist in allen Fällen, gleichviel welcher Natur die Cystitis ist, die gleiche: strenge Bettruhe, täglich zwei warme Bäder von je einstündiger Dauer, in der Zwischenzeit zwischen den Bädern Applikation von Leinsamenkataplasmen auf die Blasengegend, regelmäfsige Entleerung des Darmes durch Einläufe, am Abend Verabreichung von

Digitized by Google

Opiumtinktur (1 Tropfen pro Lebensjahr) per rectum, eine Milchdiät, in geeigneten Fällen aufserdem innerlich Urotropin (0,25 pro die für ein fünfjähriges Kind). Den Bädern werden Emollientia, Stärkemehl, Kleie, weifse Gelatine, Lindenblüten od. dgl. zugesetzt. Die eigentliche, kausale Behandlung ist natürlich verschieden, je nachdem es sich um einen durch Kolibakterien hervorgerufenen, einen tuberkulösen oder blennorrhoischen, einen durch Blasensteine oder durch unzweckmäfsige Ernährung (übermäfsigen Genufs von Fleisch und Wein) verursachten Blasenkatarrh handelt; im Prinzip ist die kausale Behandlung die gleiche wie bei den Cystitiden der Erwachsenen. *Götz-München.*

Über die Auskratzung der Harnblase, von Rolando. (*Rif. med.* 1904. Nr. 39.) Der Verfasser betont die entschieden günstige Wirkung der Auskratzung der Harnblasenschleimhaut in manchen Fallen von chronischer schmerzhafter Cystitis. Ein anhaltender Schaden entsteht für die Blasenschleimhaut durch die Auskratzung niemals, da sich das Epithel bald wieder erneuert. *C. Müller-Genf.*

Über die Entstehung der Harnblasenperforationen, von Paul Eichwald. (Dissert. München 1903. 34 S.) Die meisten in vivo geschehenen Blasenrupturen passieren durch Einwirkung einer stumpfen Gewalt, aktiv oder passiv auf das Abdomen: Fall auf den Leib, Stofs gegen ihn, Überfahrenwerden usw. Dabei sind für die Rifsstellen zwei Faktoren von Wichtigkeit: 1. Die Füllung, 2. der Ort der Einwirkung. *Fritz Loeb-München.*

Über subcutane Blasenrupturen und deren Behandlung, von Otto Pachmayer. (Dissert. München 1903.) Verfasser bringt eine Zusammenstellung von 22 Fällen. Bei acht wurde laparatomiert, bei dreien die Sectio alta gemacht, bei sechs expektativ behandelt. Sechs Fälle waren durch Hufschläge, zwei durch Stofs auf den Bauch veranlafst, elf Fälle entstanden durch Sturz oder Sprung, vier durch Überfahrenwerden von schwerem Lastfuhrwerk, ein Fall durch Injektion von Flüssigkeit in die Blase. Von diesen Harnblasenverletzungen waren neun extraperitoneal mit drei Todesfällen, elf intraperitoneal mit fünf Todesfällen, zwei unbestimmbar mit einem Todesfall. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Blasenruptur, von F. B. Carter. (*Brit. med. Journ.* 25. Juni 1904.) Auf den 34jährigen Patienten war eine schwere Last gefallen. In kollabiertem Zustande und unter intensiven Schmerzen wurde er ins Hospital gebracht. Seit Eintritt des Anfalles konnte er nicht urinieren. Nach eingehender Untersuchung wurde eine extraperitoneale Ruptur der Blase diagnostiziert und in Äthernarkose der suprapubikale Schnitt ausgeführt Im prävesikalen Raume wurde eine grofse Menge blutiggefärbten Urins gefunden, welcher dorthin durch einen Rifs in der vorderen Fläche der Blase eingedrungen war. Trotz sorgfältiger Behandlung erfolgte nach drei Tagen merklicher Besserung plötzlich unter heftigen Schmerzen in der linken Thoraxseite und im Abdomen der Tod.

Die Nekropsie hatte unter anderen Befunden ergeben: doppelseitige Fraktur des Schambeinbogens, so dafs das ganze Schambein völlig vom übrigen Becken getrennt war. Herz und Lungen hatten ebenfalls schwere Erschütterungen, Quetschungen und Verlagerung erfahren. *C. Berliner-Aachen.*

Ein klinischer Vortrag über die Frühdiagnose von Blasentumoren, von C. B. Lockwood-London. (*Lancet.* 11. Juni 1904.) Eignet sich nicht zum Referate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neubildungen der Blase mit spezieller Berücksichtigung eines Falles von primärem Carcinom der Harnblase mit akutem Verblutungstod, von Wendelin Pfluger. (Dissert. München 1903.) Nach statistischen Zusammenstellungen von Küster und Gurlt bilden die Blasentumoren nicht einmal 0,5% sämtlicher im mensch-

lichen Organismus vorkommenden Geschwülste. Unter den Erkrankungen der Harnblase fanden ALBARRAN 3,9 %, KÜSTER 3,2 %, ZUELZER 3,1 % Blasenneubildungen. Alle über die Verteilung auf die beiden Geschlechter angestellten Nachforschungen ergaben ein Überwiegen beim Manne. Nach ANTAL treffen auf 179 Geschwulstneubildungen bei Männern, 86 bei Frauen, nach ALBARRAN auf 334 Männer, 47 Frauen.

In dem beschriebenen Falle hatte es sich um ein primäres, medulläres Übergangsepithelcarcinom der Harnblase mit spärlichem, sehr gefäßreichem Stroma gehandelt. *Fritz Loeb-München.*

Die Palliativoperationen bei den Blasencarcinomen, von GUYON. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 34.) G. empfiehlt, inoperable Blasencarcinome, die starke Blutungen verursachen, zu curettieren und zu thermokauterisieren; man kann dadurch wenigstens die Blutungen zum Stehen bringen. *Götz-München.*

Zur Statistik und Kasuistik des Carcinoms der Harnblase, von OTTO HESS. (Dissert. München 1903. 42 S.) Die Arbeit liefert einen interessanten Beitrag zu dem in der Literatur spärlich behandelten Kapitel über die Verhältnisse der Blasenneubildungen. Der Fall betraf einen 67jährigen Mann, der mit Blutverlust und Schmerzen beim Wasserlassen erkrankt war. Der Urin war mifsfarben, von penetrantem Geruch infolge ammoniakalischer Gärung. Vom Anus aus nach vorne ein apfelgrofser Tumor von derber Konsistenz zu fühlen; später stellte sich heraus, dafs auch durch das Rektum Urin abging. Albuminurie. Exitus. Anatomische Diagnose: Carcinom der Blase, übergreifend auf den Mastdarm (Blasenmastdarmfistel), auf das Beckenbindegewebe; sekundäres Carcinom der retroperitonealen Lymphdrüsen des Beckens und der Leber, ausgedehnte nekrosierende Cystitis und Prostatitis. — Mikroskopische Diagnose: Typischer Pflasterepithelkrebs (Markschwamm). Der Fall ist schon durch seine Seltenheit interessant. Nach einer Statistik von HASENCLEVER fanden sich unter 40 Fällen von Blasenkrebs, welche sich unter dem im Laufe von 11½ Jahren bei 7037 zur Sektion gekommenen Leichen vorfanden, nur drei primäre Blasencarcinome. — Das Durchschnittsalter der an sekundärem Blasencarcinom gestorbenen Männer ist 62,2 Jahre, während das der Frauen 52,3 Jahre ist. Dafs dies nicht am Geschlechtsunterschiede liegt, ergibt sich daraus, dafs das Durchschnittsalter der an primärem Blasencarcinom gestorbenen Frauen 62,1 Jahre ist. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Sarkom der Harnblase, von KARL JÄGER. (Dissert. München. 39 Seiten.) Mit einer Tabelle über sämtliche in der Literatur verzeichneten Fälle. Dr. E. ALBRECHT. 1904. *Fritz Loeb-München.*

Die in der chirurgischen Klinik zu München operierten Blasenpapillome 1890—1903, von LUDWIG SCHLIEP. (Dissert. München 1903.) Von den sieben Fällen gehörten sechs dem männlichen, einer dem weiblichen Geschlecht an. Durchschnittsalter 51 Jahre. Bei sämtlichen wurde die Sectio alta gemacht. Die papillomatösen Wucherungen der Blase wurden stets vollkommen entfernt, nur in einem Fall war das Papillom inoperabel wegen der flächenhaften Ausbreitung. Drei Fälle verliefen günstig, von den anderen vier Fällen war einer inoperabel, drei verliefen letal. Todesursachen waren: eitrige Bronchitis und Bronchopneumonie, Myodegeneratio cordis, Pyelonephritis und eitrig-diphtheroide Cystitis. Die Diagnose war einerseits durch mikroskopische Untersuchung abgegangener Geschwulstpartikelchen, anderseits durch die typischen Blutungen sicher gestellt. *Fritz Loeb-München.*

Urinverhaltung infolge von Kompression durch ein Uterusfibroid im Alter von 25 Jahren, von C. E. PURSLOW-Birmingham. (*Lancet.* 30. Juli 1904.) Es wurde bei der 25jährigen, unverheirateten Patientin die Panhysterektomie ausgeführt

Digitized by Google

und ein reichlich $1^1/_2$ Pfund schweres Fibromyom mit vollem Erfolg entfernt. Das jugendliche Alter der Patientin ist sehr ungewöhnlich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung grofser Blasensteine mittels Lithotripsie in Ägypten, von F. Milton-Kairo. (*Lancet.* 1. Okt. 1904.) Nach M.s Erfahrungen ist es möglich, viel gröfsere Konkremente mittels der Litholapaxie zu beseitigen, als gewöhnlich angenommen wird. Im Verein mit H. M. N. Milton-Kairo hat Verfasser 159 Steine im Gewicht von über 50 g behandelt. Seine Statistik ergibt folgende Resultate: Lithotripsie per urethram: 84 Fälle, 5 mit tödlichem Ausgang (Mortalität 5,9 %). Lithotripsie von einer Inzision durch den Damm aus: 47 Fälle, 7 tödlich (Mortalität 14,9 %). Sectio alta vesicae 22 Fälle, 8 tödlich (Mortalität 36,3 %). Lithotomia lateralis sinistra 6 Fälle, kein Todesfall. Letztere Operation betraf nur Steine von 90 g Gewicht, während der gröfste mittels perinealer Lithotripsie entfernte Stein 387 g wog, und der gröfste durch Sectio alta herausbeförderte 392, und das Maximum der durch urethrale Lithotripsie behandelten Konkremente 452 g betrug. M. erwähnt, dafs entgegen einer landläufigen Ansicht die ägyptischen Steine sich keineswegs durch Weichheit auszeichnen und anderseits nicht durch Chylurie kompliziert sind.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Häufigkeit der Nieren- und Blasensteine, von Heinrich Grau. (Dissert. München 1904.) Verfasser hat die Sektionsprotokolle des Münchener Krankenhauses l. d. Isar benutzt und einen Prozentsatz von 1,03 (90 Fälle) gefunden. Darunter 57,7 % Männer, 30 % Frauen, 12,2 % Kinder. Bei der Gesamtzahl von 3922 Männern fand sich Urolithiasis in 1,32 %, bei 3349 Frauen in 0,8 %, bei 1485 Kindern in 0,74 % der Fälle. Das Alter der Frauen schwankte zwischen 35 und 79, das der Männer zwischen (15—1 Fall) 24 und 94. Verfasser kommt zu dem Schlufs, dafs Harnsteine mit Vorliebe dann entstehen, wenn eine Entzündung oder ein sonstiges organisches Leiden der Harnwege vorliegt. *Fritz Loeb-München.*

Eine Serie von 120 Blasensteinoperationen, von F. A. Southam. (*Brit. med. Journ.* 21. Mai 1904.) Die Operation wurde an 110 Patienten ausgeführt, von denen 8 weiblichen, 102 männlichen Geschlechts waren; 29 waren unter 10 Jahre alt, darunter 6 dreijährige Kinder.

In sieben von den acht weiblichen Patienten wurde der Stein durch die dilatierte Urethra entfernt, in einem Falle durch vaginale Lithotomie. In 49 der männlichen Fälle geschah die Beseitigung der Steine durch Lithotripsie, bei 63 wurde die Lithotomie ausgeführt, und zwar die laterale Operation bei 17, und die suprapubikale bei 46 Patienten. Unter diesen 63 Operierten verliefen 11 letal (= 24 %). Von den übrigen operierten Fällen starb nur einer. Im ganzen betrug also die Mortalität 10 %.

C. Berliner-Aachen.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Maligne Hodengeschwülste in den beiden ersten Lebensdezennien, von Fr. W. Schön. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Von den 71 vom Verfasser gesammelten Fällen läfst sich in bezug auf das Alter folgende Tabelle aufstellen.

Im Alter von	1— 5	Jahren	44 Fälle
„ „ „ über	5—10	„	10 „
„ „ „ „	10—15	„	— „
„ „ „ „	15—20	„	15 „

In zwei Fällen war kein Alter angegeben. Es ergibt sich also, dafs die Mehrzahl, über 63 % der Fälle, im jüngsten Kindesalter vorkommen, dafs ein rapider Abfall von 5. bis 15. Jahr stattfindet und erst von da ab wieder, in der Zeit der Pubertät, eine Steigerung auftritt. Der jüngste Patient war zehn Wochen alt.

Fritz Loeb-München.

Digitized by Google

Über primäre maligne Nebenhodentumoren, von J. Krafft. (Inaug.-Diss. Würzburg 1904.) Mit dem Falle des Verfassers sind bis jetzt elf einschlägige Beobachtungen in der Literatur verzeichnet. Die Mehrzahl davon sind maligne Tumoren. Darunter befinden sich drei Sarkome, ein gutartiger und ein zweifelhafter Fall. Im beschriebenen Fall liefs sich das Endothel gewucherter Lymphgefäfse als Ausgangspunkt der zelligen Wucherung feststellen; von Interesse ist, dafs der Patient sein Leiden auf ein Trauma zurückführte. *Fritz Loeb-München.*

Über den Wert des unvollständig descendierten Testikels, von E. M. Corner. (*Brit. med. Journ.* 4. Juni 1904.) Nach den Untersuchungen des Verfassers kann der unvollständig descendierte Testikel sehr selten oder wahrscheinlich niemals Spermatozoen produzieren, wenngleich eine schwache Möglichkeit, dafs dies doch geschieht, in dem Alter von 20—22 Jahren besteht. Ist der Zustand bilateral, so sind die Aussichten sehr schlecht; wenn jedoch der Fehler nur unilateral ist, so braucht man wegen der Fortpflanzung des Geschlechts und der Erhaltung der männlichen Würde nicht besorgt zu sein.

Was nun die zur Korrigierung des Fehlers angewandten Operationsmethoden betrifft, so hat Verfasser folgende Erfahrungen gemacht:

1. Die Orchidopexie oder Orchidorrhaphie (Fixation des Testikels auf dem Grunde des Scrotums) ist nur in milden Fällen anwendbar, wird aber auch dann nur selten zur Ausführung gelangen.

2. Die Orchidektomie ist nur unter gewissen pathologischen Zuständen gerechtfertigt, z. B. bei Torsion, intensiver Neuralgie, starker Atrophie des Testikels und in älteren Fällen, d. h. nach Eintritt der Pubertät, und nachdem eine mögliche und problematische Periode von Testikelaktivität und Spermatogenesis vorüber ist, etwa vom Beginn des 23. Jahres an.

3. Die Reposition ins Abdomen ist in weitaus der Mehrzahl der Fälle indiziert und sollte stets vor Eintritt der Pubertät, vielleicht bis zum Alter von 20 Jahren, ausgeführt werden.

4. Keine Operation soll man vornehmen in milden Fällen, in denen der Testikel beinahe auf dem Grunde des Scrotums sich befindet, oder im Abdomen zurückgehalten wird.

5. Operatives Eingreifen ist in den meisten Fällen notwendig wegen sekundärer Veränderungen, einer entzündlichen und sklerotischen Natur des Testikels, zur der die Lage des unvollständig descendierten Hodens führt. Häufig besteht gleichzeitig eine Hernia. In Fällen, wo der Testikel nicht oft oder gar nicht herabsteigt, kann die enge Öffnung des Bruchsackes eine der gefährlichsten Arten von Strangulation verursachen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Vorschlag zur Operation des Kryptorchismus, von S. Ruff-Lemberg. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 40.) Die Mängel, welche der von Katzenstein angegebenen Operationsmethode anhaften, veranlafsten den Verfasser, in folgender Weise vorzugehen: Schräger Schnitt, Spaltung des Leistenkanals, Freilegung des Samenstranges. Mobilisierung des Hodens und des Samenstranges, Durchtrennung stärkerer Bindegewebszüge unter Schonung der Gefäfse. Stumpfe Aushöhlung im Hodensack, Lagerung des Hodens in dieselbe, Naht des Leistenkanals so, dafs der Samenstrang komprimiert wird, damit im Hoden eine venöse Stauung entsteht. Dadurch wird der Hoden gröfser und schwerer. Er kann so nicht in den Leistenkanal zurückschlüpfen und verlängert durch sein Gewicht langsam den Samenstrang. Die Kompression des Samenstranges bei der Naht darf nur so weit gehen, dafs keine vollständige Stase oder Blutleere im Hoden entsteht. *Katzenellenbogen-Düsseldorf*

Eine seltsame Luxatio testis, von Jurinka-Graz. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 38.) Beschreibung eines höchst seltenen Falles einer Luxation des Hodens nach dem Hüftgelenk. Verfasser erklärt das Zustandekommen dieses Luxation auf folgende Weise: Durch den Sturz des Patienten auf die linke Skrotalgegend wurde eine Luxation des Hodens nach der Schambeingegend erzeugt. Durch das Überfahren des Unterschenkels bei auswärtsrotiertem, abduziertem und überstrecktem Hüftgelenk war eine Luxatio suprapubica entstanden, welche sich spontan reponierte, wobei der zurückkehrende Schenkelkopf den in seinem Wege liegenden Hoden mit sich in das Gelenk nahm und ihn dort einprefste. Das Auffinden des Hodens und seine Entfernung aus der Gelenkhöhle war sehr schwierig. Da er stark gequetscht war, mufste er abgetragen werden. In kurzer Zeit vollkommene Heilung.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Über galoppierende Hodentuberkulose, von E. A. J. A. Jovelly. (*Thèse de Bordeaux.* 1904.) Es können, besonders bei jungen Individuen sich rasch fortschreitende — gewissermafsen galoppierende — Orchitiden entwickeln, die zunächst den Eindruck gewöhnlicher Orchi-Epididymitiden machen, und deren tuberkulöse Natur erst im weiteren Verlauf deutlich wird. Zwei verschiedene Perioden dieser Affektion lassen sich auseinander halten: eine sehr kurze akute und eine Periode des chronischen Verlaufes resp. der Erweichung, in welcher die tuberkulöse Natur der Erkrankung nicht zu verkennen ist. Im ersten Stadium ist die Diagnose weniger einfach und nur auf Grund der Anamnese unter Berücksichtigung der hereditären und individuellen Verhältnisse zu stellen; die Diagnose im zweiten Stadium ergibt sich ohne weitere Schwierigkeiten. Therapeutisch kommt möglichst frühzeitige Kastration zunächst in Betracht. Sowohl in bezug auf den augenblicklichen Erfolg, als auf die Dauerheilung sind die Resultate dieses Verfahrens, wie Verfasser an mehreren Fällen eigener Beobachtung zeigt, ausgezeichnete. *Fritz Loeb-München.*

Strangulierung des vollständig descendierten Hodens infolge von Torsion des stielförmigen Mesorchiums, von G. H. Edington-Glasgow. (*Lancet.* 25. Juni 1904.) Bei dem sieben Monate alten Knaben hatte sich im Laufe von angeblich etwa 24 Stunden eine harte, mandarinengrofse Schwellung der linken Seite des Hodensacks entwickelt. Man fand bei der sofort vorgenommenen Operation, dafs die Störung dadurch bedingt war, dafs der Hoden nur mit einem stielförmigen Bande mit dem hinteren Teile der Tunica vaginalis verbunden war, anstatt der üblichen breiten Verbindung, und dafs dieses Band (vielleicht infolge eines allzu plötzlichen Cremasterreflexes) vollständig torquiert war. Im Anschlufs hieran wird über eine ähnliche mangelhafte Verbindung berichtet bei einem 15jährigen Knaben mit Kryptorchismus, bei dem aber keine Torsion eingetreten war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kasuistik der Sarkome der Samenstranghüllen, von Fritz Richter. (Inaug.-Diss. München 1902.) Da die Kranken meist über die ursächlichen Verhältnisse wenig anzugeben wissen, mufs man annehmen, dafs diese Geschwülste einerseits traumatischer Natur, anderseits durch lokale Reizung oder ganz von selbst entstanden sind. Ihre Entwicklung ist unter Umständen eine sehr rasche, sie können jedoch auch Jahre für ihr Wachstum in Anspruch nehmen. In letzteren Fällen handelt es sich wohl meist um Fibrome oder andere gutartige Geschwülste, die erst sekundär bösartig geworden sind. Sarkome mit sehr langsamem, sich durch Jahre hinziehenden Verlauf gehören nicht zu den gröfsten Seltenheiten. Örtliche Beschwerden haben die Patienten nur selten. Diese Tumoren entstehen und entwickeln sich in jedem Lebensalter. Die Geschwulst geht entweder von der Tunica vaginalis propria oder von den äufseren Scheidenhäuten aus. Der Raum zwischen Leistenkanal und Hoden, oder auch die Gegend über diesen hinaus, wird von ihr eingenommen. In einigen Fällen

Digitized by Google

ist die Fortsetzung der Geschwulst nach den Bauchdecken bis in die Gegend der Blase beobachtet worden. Die Konsistenz ist entweder gleichmäfsig elastisch oder zeigt nachgiebigere, selbst weichere, fluktuierende Stellen. Der Hoden selbst ist in den meisten Fällen vollständig frei oder wird erst spät von der Geschwulst invadiert, auch das Vas deferens zieht in vielen Fällen vollständig intakt durch den Tumor. Der Durchschnitt einer Geschwulst ist entweder homogen, weifslich oder stellenweise gelblich oder mit Cysten durchsetzt.

In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Spindel- und Rundzellensarkome, die oft ihren Ursprung in der Adventitia der Blutgefäfse oder in dem Bindegewebe selbst haben. Speziell die Spindelzellensarkome zeigen derbe, fleischähnliche Massen, die man auch mit Sarkocele bezeichnet hat. Aufser diesen beiden Formen sind noch Myxo-Chondro- und Fibrosarkome beobachtet worden, bei denen teils das bindegewebige, teils das knorpelige Element vorherrschte. *Fritz Loeb-München.*

Zur Ätiologie der Varicocele, von J. Macphail. (*Brit. med. Journ.* 14. Mai 1904.) Ein 17jähriger Bursche hatte einen schweren Backtrog emporgehoben und unmittelbar darauf einen Schmerz in der linken Unterbauchgegend empfunden. Gleichzeitig nahm er wahr, dafs das Skrotum anschwoll. Bei der Untersuchung fand Verfasser eine Varicocele vor, für welche die Anamnese keine andere Ursache als die obenerwähnte Überanstrengung ergab. *C. Berliner-Aachen.*

Über Entwicklungsstörungen und Geschwülste der Samenblasen. Mit kasuistischem Beitrag. (Dissert. von George Burkard-Brooklyn, N.-J. München 1904.) Der Fall betraf einen 69jährigen Fuhrknecht. Bei der Obduktion wurde Carcinom beider Samenblasen mit Metastasen in den lumbalen Lymphdrüsen und in den Lungen gefunden. Literatur. *Fritz Loeb-München.*

Zur Ätiologie und Pathologie der Samenblasenerkrankungen, von F. Weisz-Budapest. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 33, 34.) W. gibt im ersten Teil seiner Arbeit eine genaue Schilderung der anatomisch-histologischen Verhältnisse und geht dann zur Pathologie der Samenblasen über. Hier fallen zunächst die kongenitalen Anomalien auf. Es kommen Doppelbildungen vor, in einem Falle ist Verdopplung auf beiden Seiten erwähnt. Häufiger sind Hemmungsbildungen meist mit Anorchidie, Retentio testis abdominalis, Fehlen der Prostata, der Blase und der Ureteren, Ektropie der Blase, Fehlen der Nieren, des Anus, der Gallenblase, Kryptorchismus, Mifsbildungen des Penis, Hermaphroditismus einhergehend. Scheinbar am häufigsten ist der Mangel einer Samenblase, daneben kann der Geschlechtsapparat derselben Seite vollständig fehlen; oft fehlt nur die entsprechende Niere, sowie Nebenhoden und Vas deferens. Samenblasenhypoplasien kommen ebenfalls vor; bei ihnen geht das Fehlen der Geschlechtsfunktion mit dem Fehlen des Bartwuchses einher. In 19 Fällen von Anorchidie waren siebenmal die Samenblasen atrophisch. Wenn die Urnierengänge die Müllerschen nachahmen oder auf einer Seite in ihren dichteren Partien sich vereinigen, so ist nur eine Samenblase vorhanden. Beobachtet wurden ferner von Hoffmann zwei Fälle, in denen zwei Ureteren vorhanden waren, von denen der eine in einer breiten Tasche endigte, in welche auch die Vasa deferentia ausliefen. — Die Zirkulationsstörungen der Samenblasen werden kaum beobachtet, wenn auch im Plexus vesico-prostaticus nicht selten Thrombosen vorkommen, die durch bis in die Lunge verschleppte Emboli zuweilen plötzlichen Tod bewirken. — Unter den Krankheiten der Samenblasen ist am häufigsten die akute, eitrige Samenblasenentzündung nach Blennorrhoe, aber auch Harnröhreninjektionen und Krankheiten der Prostata sind ätiologisch zu beachten. Bisweilen unterliegen die Samenblasen einer ulcerösen Destruktion von benachbarten Eiterherden aus. Kauterisation der Urethra, Masturbation, Exzesse in venere und Traumen begünstigen nur das

Fortschreiten der Harnröhrenentzündung auf die Samenblasen. Das auffallendste Symptom ist Schmerz im Damm, ausstrahlend gegen Kreuz und Lenden; dazu großer Schmerz beim Urinieren und bei der Defäkation und schmerzhafte Ejakulation. Eine sichere Diagnose ergibt die Rektaluntersuchung bei voller Blase und das Vorfinden der Samenfäden im Urin. Die Prognose ist meist gut und wird nur ernst, wenn ein Abszeſs sich bildet, der ins Peritoneum, das Rektum oder in die Blase durchbrechen kann. Die chronische Entzündung der Samenbläschen ist noch häufiger als die akute; wenn nach Epididymitis die Samenblasen fühlbar sind und auf Druck Eiter entleeren, welcher Spermatozöen aufweist, ist die Diagnose klar. Da meist die Blennorrhoe die Ursache der chronischen Entzündung ist, so findet man bei der Autopsie neben den geschwollenen und in ihrer Schleimhaut gewulsteten Samenblasen, deren Inhalt schleimig, eitrig oder schleimig-eitrig sein kann und auſserdem aus einer fettigen, kolloiden, schmutzig-bräunlichen Flüssigkeit mit abgestoſsenen Epithelien, konglomerierten Fettkügelchen und Konkretionen besteht, häufig auch in anderen Organen Folgen der Blennorrhoe wie Verhärtungen der Prostata, Verknöcherung der Vasa deferentia, Obliterationen derselben und am häufigsten Epididymitiden, die alle Sterilität herbeiführen. — Tuberkulose ist in den Samenblasen die allerhäufigste Erkrankung, und es scheint die Onanie eine besondere Disposition zu schaffen; sie kommt in jedem Alter vor und ist meist eine Teilerscheinung der Urogenitaltuberkulose. Nächst der Tuberkulose ist sehr häufig Steinbildung in den Samenbläschen, beruhend auf rheumatischer oder hämorrhoidaler Diathese oder auf Blennorrhoe, die zu Cystitis seminalis führt. Diese Steinbildung kann zu einem Hindernis der Ejakulation werden und führt dann zu einem Komplex von Erscheinungen, welche als „Colique spermatique“ von Reliquet beschrieben wurde und deren Hauptsymptome Schmerz beim Ende des Coitus, Fehlen der Ejakulation und häufiger Urindrang sind. Samenblasenektasien wie Retentionscysten kommen häufiger vor; von den letzteren unterscheidet Englisch vier Arten. Von den Geschwülsten ist primäres Carcinom beobachtet worden, und man soll bei Beincarcinomen immer die Samenbläschen untersuchen, da dieselben als epitheliale Organe sehr leicht den Primärsitz abgeben können.

Putzler-Danzig.

Über die bösartigen Geschwülste der Samenblasen unter Mitteilung eines neuen Falles von primärem Samenblasenkrebs, von Alfred Teubert. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1903.) Der beschriebene Fall betrifft einen 82jährigen Mann. Die Erkrankung, die in der letzten Zeit des Lebens das Krankheitsbild beherrschte und den Mann in die chirurgische Klinik führte, bestand in einer Harnverhaltung, die durch eine Geschwulstbildung in den Samenblasen und der Prostata veranlaſst war. Die Untersuchung des bei der Sektion gewonnenen Präparates zeigte, daſs neben einer einfachen Hypertrophie der Prostata eine bösartige Geschwulstbildung bestand, die auch mikroskopisch festgestellt wurde. Es zeigte sich, daſs nur ein Teil der Prostata, und zwar etwa das obere Drittel, krebsig degeneriert war, während der gröſsere Teil derselben nur eine einfache Hypertrophie der muskulären und drüsigen Bestandteile aufwies. Die rechte Samenblase war makroskopisch wie mikroskopisch am stärksten und weitesten ergriffen. Der Umstand, daſs fast das ganze Organ von krebsiger Neubildung substituiert war, daſs diese Krebswucherung, an der Spitze die Kapsel der Samenblase überschreitend, in das umgebende Fettgewebe durchgebrochen war, und die Tatsache, daſs nur die Teile der Prostata, die an die Samenblase grenzen, von Krebs durchsetzt waren, legen die Annahme nahe, daſs der Ausgangspunkt der ganzen Geschwulst in der Prostata zu suchen war.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Hodensarkom auf traumatischer Basis. Ein Beitrag zur Ätiologie der malignen Tumoren, von E. E. Brunne. (Inaug.-Dissert. Greifswald. 1903.) Die vom Verfasser angeführten Fälle liefern einen Beitrag zu dem Beweismaterial, daſs Traumen zur Entwicklung von Hodensarkomen Anlaſs geben können.

Fritz Loeb-München.

c. *Prostata.*

Ein Beitrag zum Studium der Infektionen der Prostata von der Harnröhre aus, von Fred. Bierhof-New York. (*Med. News.* 22. Okt. 1904.) B. meint, daſs zwar dank der Fortschritte in der Behandlung der Blennorrhoe die Zahl der Fälle, wo dieselbe auf den hinteren Teil der Harnröhre und Prostata übergreift, bedeutend abgenommen hat, daſs aber diese Komplikation immer noch in einer relativ groſsen Anzahl der Fälle eintritt; beinahe stets ist für ihn Ergriffensein der Pars posterior gleichbedeutend mit Infektion der Prostata. Woran es liegt, daſs trotz sorgfältiger Behandlung und bei Vermeidung aller äuſseren Reize der Infektionsprozeſs über die Pars membranacea und prostatica sich ausbreitet, das hat nach B.s Untersuchungen verschiedene Ursachen; in sehr vielen Fällen haben männliche Individuen, ohne eine blennorrhoische Urethritis zu haben, einen geringen Grad chronischer Kongestion der Pars posterior und der Prostata, Zustände, welche in hohem Grade die Verbreitung einer Infektion auf die hyperämischen Teile begünstigen. Ähnlich kongestionierend wirken Exzesse in baccho und venere, langwährende sitzende Haltung, Reit- und Velozipedtouren, auch Masturbation (bei jüngeren und vielen neurasthenischen Patienten), Coitus interruptus usf. Daſs im allgemeinen die blennorrhoische Infektion der Prostata einen milden Charakter hat, erklärt B. mit der Art des Prostatasekretes, welches durch seine alkalische Reaktion eine, wenn auch nur teilweise, Schutzwehr gegen die Infektion der Drüse bildet. Von den drei Arten der Prostatitis, der katarrhalischen oder endoglandulären, der follikulären und der parenchymatösen ist erstere die leichteste, dann kommt die zweite Form, wo die Gonokokken in das subepitheliale Drüsengewebe eingedrungen sind und oft jahrelang einen Zustand chronischer Entzündung unterhalten und einzelne Verhärtungsherde hervorrufen. Bei der parenchymatösen Form zeigte die Untersuchung, wenigstens in den ausgesprochenen Fällen, eine mehr gleichheitliche und elastische Vergröſserung der Drüse, ergibt eher das Gefühl von Schmerz, während bei der follikulären Form meist nur unangenehmes Gefühl vorhanden ist; bei letzterer ist das ausgedrückte Sekret höchstens vermehrt, bei der parenchymatösen Entzündung ist es rötlich gefärbt (von zahlreichen Erythrocyten). Kommt es zur Eiterung, so fühlt man an irgendeiner Stelle der Drüse eine Erweichung. Die Behandlung der Prostatitis besteht in sachte ausgeführter Massage, kombiniert mit Irrigationen der ganzen Harnröhre vor und nach der Massage; letztere soll höchstens eine Minute lang währen und eher einem streichenden Druck als einem Kneten der Drüse gleichen, sie soll möglichst bald, jedenfalls nachdem das akute Stadium vorüber ist, beginnen, in vorhandenem Fieber an sich sieht B. keine Kontraindikation der Massage. Bei der leichteren Form der endoglandulären Prostatitis genügen einige wenige Anwendungen dieser Behandlungsart zur Heilung, bei der follikulären Form muſs sie 4—8 Wochen fortgesetzt werden; heiſse Sitzbäder und andere Arten von Hitzeapplikation, Bettruhe, Diät, Opium- und Belladonnasuppositorien sind zuweilen weitere nötige Hilfsmittel. Die Zusammenstellung seiner Fälle, welche bezüglich späterer definitiver Heilung kontrolliert werden konnten (41 von 62 überhaupt in Behandlung gekommenen), ergab B., daſs 24 von den 30 Fällen katarrhalischer Prostatitis in 3 Wochen geheilt wurden, daſs bei der follikulären Form (8 Fälle) die Heilungsdauer 4—14 Wochen und bei der parenchymatösen (3 Fälle) 5—6

Digitized by Google

resp. 10 Wochen betrug; der Fall von Prostataabszeſs währte 11—12 Wochen. Komplikationen waren in 19 Fällen vorhanden, und zwar am häufigsten Epididymitis, einmal verbunden mit akuter Funiculitis, dann (je einmal) Cystitis, Ureteritis und Pyeolnephritis, Tendovaginitis und Periurethritis. *Stern-München.*

Die akute eitrige Prostatis, von M. Fischer - Bonn. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortb.* 1904. I. Jahrg. Nr. 18.) Ätiologisch kommt fast ausschlieſslich die Blennorrhoe in Betracht, und zwar nicht allein die akute, sondern auch die chronische, seltener der fehlerhafte Katheterismus oder Verätzung durch Lapis in Substanz oder in starken Lösungen. Auf die Symptome, die vom Verfasser ziemlich erschöpfend geschildert werden, braucht hier nicht näher eingegangen zu werden. Was die Therapie anlangt, so soll man, wenn nach 3—4 Tagen nicht ein deutliches Zurückgehen der entzündlichen Erscheinungen wahrzunehmen ist, sondern im Gegenteil die allgemeinen und örtlichen Symptome zunehmen, keine kostbare Zeit mit Zuwarten verlieren. Man muſs die Bildung eines eitrigen Herdes voraussetzen, auch wenn man bei dessen verstecktem Sitze Fluktuation nicht fühlt. Es ist also operativ einzuschreiten, und zwar entweder vom Rectum aus, wenn sich der Abszeſs weit in das Lumen hinein vorwölbt oder vom Damm. Letzterer Eingriff soll die Methode der Wahl bilden. Beide Operationen werden vom Verfasser eingehend geschildert.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Ein Fall von Prostatitis posttyphosa chronica, von Falkner-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 34.) Im Anschluſs an einen Typhus hatten sich beim Patienten periodische Anfälle von Schüttellfrost, hohem Fieber und schweren cystitischen Erscheinungen eingestellt. Erst nach fünf Jahren wurde die Diagnose auf chronische Prostatitis gestellt. Es bestand eine deutliche Verbindung zwischen Prostata und Rectum und der Absceſs der Prostata enthielt Kolibazillen. Entweder war ein typhöser Prostataabsceſs ins Rectum perforiert und der Bacillus typhi durch coli ersetzt worden, oder ein typhöses Rektalgeschwür war in die Prostata durchgebrochen. Dauernde Massage der Prostata, periodisch mehrtägiger Urotropingebrauch und warme Sitzbäder beseitigten die Anfälle.

Katzenellenbogen - Düsseldorf.

Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Bottinischen Operation als Palliativverfahren, von W. Fürstenheim. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1904.) Verfasser faſst das Ergebnis seiner Arbeit folgendermaſsen zusammen: 1. Das Prostatacarcinom ist häufiger als man früher geglaubt hat. Bei jeder chronischen Prostatavergröſserung soll man an die Möglichkeit einer malignen Neubildung denken. 2. Die Unterscheidung des Prostatakrebses in seinen Frühstadien von der gewöhnlichen Hypertrophie ist häufig möglich. 3. Beim Carcinoma prostatae intracapsulare ist ein radikaler Eingriff in Erwägung zu ziehen, bei dem Carcinoma prostatae pelvicum ist ein solcher kontraindiziert. 4. Die Bottinische Operation bietet beim Prostatabeckenkrebs keine besonderen Gefahren; sie vermag dem Patienten unter Umständen für Monate eine wesentliche Verbesserung der Miktionsverhältnisse zu verschaffen. 5. Die Bottinische Operation ist also neben der Cystotomia suprapubica eventuell vor ihr als Palliativoperation beim Prostatabeckenkrebs verwendbar.

Fritz Loeb-München.

Die Ursachen der Prostatavergröſserung, von H. T. Herring. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1904.) Die Prostatavergröſserung hat man seit langer Zeit auf eine der folgenden Ursachen zurückgeführt: 1. auf eine allgemeine Arteriosklerosis; 2. auf einen senilen Prozeſs; 3. auf eine Hypertrophie und neuerdings 4. auf die Entwicklung eines Adenofibroms, Adenomyoms innerhalb der Drüse selbst.

Eingehende Untersuchungen jedoch haben den Verfasser veranlafst, die Prostatavergröfserung auf chronisch-entzündliche, wahrscheinlich durch Mikroorganismen hervorgerufene und unterhaltene Prozesse und Veränderungen im Drüsengewebe wie in den bindegewebigen und muskulösen Bestandteilen der Prostata zurückzuführen.

C. Berliner-Aachen.

Die Pathologie der Prostatavergröfserung, von P. L. Daniel-London. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1994.) Ebenso wie Herring hat auch Verfasser sehr eingehende mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen hinsichtlich der Natur der Prostatavergröfserung angestellt. Auch er hat die Überzeugung gewonnen, dafs die Aufeinanderfolge der Veränderungen, welche sogenannte Adenomata der Prostata hervorrufen können, in ihrem Ursprunge ein analoges Verhalten zeigen, wie gewisse septische Erkrankungen anderer Drüsen, besonders der Brust und des Pancreas. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dafs diese Erkrankungen infolge chronischer Reizung durch Bakterien entstehen, welche in die Hauptdrüsengänge Eingang gefunden und hier eine katarrhalische, zur Abstofsung des Epithels führende Entzündung hervorgerufen haben. Das Resultat der desquamierten Zellen und der Schwellung der Mucosa ist eine langsame Ausdehnung des entzündlichen Zustandes längs der sekundären Gänge in die Alveolen, wodurch jene degenerativen Veränderungen in den Zellen der Drüsenräume und bestimmte aus ihnen resultierende, charakteristische Erscheinungen der chronischen interstitiellen Mastitis resp. der chronischen Pancreatitis entstehen. *C. Berliner-Aachen.*

Die chirurgische Anatomie der normalen und vergröfserten Prostata, von J. W. Th. Walker. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1904.) Der Verfasser bespricht eingehend die topographische Anatomie der normalen, die Veränderungen der vergröfserten Prostata, die Beschaffenheit der Teile, welche nach der Prostatektomie zurückbleiben, so besonders die Überreste der Urethra und die Wandungen des Hohlraumes, aus dem die Prostata operativ entfernt worden ist, sodann die verschiedenen Formen der Prostatavergröfserung, und zwar 1. diejenige, bei welcher die Prostata sich in den Blasenraum vordrängt, und 2. diejenige, bei der die vergröfserte Prostata extravesikal ist. Schliefslich teilt Verfasser seine Beobachtungen mit, die er bei der Prostatektomie gemacht hat. *C. Berliner-Aachen.*

Die moderne Behandlung der Prostatahypertrophie, von Arthur Fray Cabot-Boston. (*St. Louis Courier.* Okt. 1904.) In dem zusammenfassenden Berichte kommt C. zu dem Schlusse, dafs die perineale Prostatektomie für diejenigen Fälle von Prostatahypertrophie, welche eine den ständigen Kathetergebrauch erfordernde Verlegung der Harnwege bewirken, die beste Behandlungsart ist. Bei zu alten oder zu sehr geschwächten Patienten, um dieser Operation sich zu unterziehen, kann die Bottinische Inzision vorgenommen werden, und wenn auch hierfür der Zustand zu ernst zu sein scheint, kommt eben nur das „Katheterleben“ in Betracht. Es ist noch zu frühe, um sicher zu sein, dafs all die guten Resultate, welche über die Prostatektomie gemeldet werden, auch dauernde sind. Die Fälle, in welchen funktionell fehlerhafte Resultate erzielt werden, sind diejenigen, wo die Prostata nur unbedeutend vergröfsert und Atonie der Blase bei starker Ausdehnung derselben vorhanden ist. *Stern-München.*

Die relativen Vorteile der suprapubikalen und perinealen Prostatektomie, von E. Deakesley. (*Brit. med. Journ.* 21. Mai 1904.) Der Verfasser gelangt nach eingehender Besprechung beider Methoden zum Schlusse, dafs die perineale vor der suprapubikalen viele Vorteile voraus habe. Sie ist die anatomisch direktere und gegebenere; sie setzt in der Blase keine doppelte Wunde und eröffnet nicht das prävesikale Zellgewebe. Die ganze Operation kann mit ruhiger Überlegung und unter

Digitized by Google

direkter Leitung des Auges und des Fingers ausgeführt werden. Sie gestattet deshalb dem Operateur, so viel oder so wenig von dem vergröfserten Organ zu entfernen, als es die Umstände und die Natur des Falles wünschenswert erscheinen lassen. Schliefslich ist die Drainage der Blase und die nachfolgende Wundbehandlung eine leichter durchzuführende. Unter sachverständigen, geschickten Händen nimmt die perineale Operation nicht mehr Zeit in Anspruch als die suprapubikale.

C. Berliner-Aachen.

Totale Prostatektomie, von C. S. Wallace. (*Brit. med. Journ.* 21. Mai 1904.) Der Verfasser zieht aus histo-pathologischen Untersuchungen den Schlufs, dafs der Befund von gestreiften Muskelfasern in der Kapsel einer enukleierten Prostata nicht als unumstöfslicher Beweis einer kompletten Prostatektomie angesehen werden darf. Dieser Beweis kann mittels des Mikroskops nur durch das Fehlen von Drüsengewebe in den nach der Operation zurückbleibenden Partien geliefert werden.

C. Berliner-Aachen.

Die radikale Behandlung der Prostatahypertrophie mit totaler Exstirpation des Organs, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 21. Mai 1904.) In der vorliegenden Publikation berichtet der Verfasser über eine achte Serie von 20 operierten Fällen, unter denen einer im Anschlufs an die Operation starb. Es handelte sich um einen 73 Jahre alten, durch sein Leiden stark geschwächten Greis mit eiterigem Urin, und wie es scheint, auch mit erkrankten Nieren. Verfasser hatte sich hier nur wegen der aufserordentlichen Beschwerden des Patienten zur Operation entschlossen. Es war übrigens der einzige letale Fall unter den 73 bis dahin operierten Fällen. Bei den anderen war die totale Exstirpation stets von Erfolg begleitet.

Verfasser hatte in der vorliegenden Serie die Operation auch auf weniger stark vergröfserte Prostatadrüsen und auf ältere Patienten ausgedehnt. Er stellt seinen Zuhörern den jetzt 78 Jahre alten Patienten vor, an dem er am 1. Dezember 1900 zum erstenmale die totale Exstirpation der vergröfserten Prostata ausgeführt hat. Der alte Mann erfreut sich der besten Gesundheit. *C. Berliner-Aachen.*

Die totale Exstirpation der Prostata, von P. J. Freyer-London. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1904.) Den früher mitgeteilten Fällen fügt Verfasser eine weitere Serie von 37 hinzu, unter denen drei letal verliefen; ein Patient starb plötzlich an Herzschwäche, zwei starben an Septicaemie. Dies sind die einzigen unter 110 bisher vom Verfasser operierten Fällen, bei denen Septicaemie auftrat. Bei 97 von den 110 Fällen ist die Operation mit nachhaltigem Erfolge ausgeführt worden.

C. Berliner-Aachen.

Das Operationsgebiet bei Freyers Methode der Exstirpation der Prostata und bei der suprapubikalen Prostatektomie, von X. Th. Walker. (*Brit. med. Journ.* 29. Okt. 1904.) Genaue Beobachtungen an der Leiche haben den Verfasser belehrt, dafs man bei der totalen Enukleation der vergröfserten Prostata nach Freyer auch die die Drüse umgebende, meist stark verdickte Kapsel mit herausschälen mufs, und dafs nur die noch zurückbleibende äufsere Scheide vollständig frei von Drüsenbestandteilen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Über perineale Prostatektomie, von T. Marie Schafranoff. (*Thèse de Lausanne.* 1903.) Nach einem kurzen historischen Überblick gibt Verfasserin (?) eine Beschreibung der Technik der verschiedenen vorgeschlagenen Operationen, eine Statistik der bis zum Jahre 1902 operierten Fälle und nach einem kritischen Kapitel eine Erörterung über den Wert, die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden.

Fritz Loeb-München.

Erfahrungen über Bottinische Operationen bei Prostatahypertrophie in der Bonner chirurgischen Klinik, von B. Thomas. (Inaug.-Dissert. Bonn. 1903.)

Digitized by Google

Nach den Erfahrungen an der Bonner Klinik kann sich Verfasser nicht auf den Standpunkt derjenigen stellen, die die Operation rückhaltlos empfehlen. Dafs sie nicht ein absolut ungefährliches Verfahren darstellt, wie von manchen Seiten betont wurde, beweisen einige Fälle, über die Thomas berichtet. Auch bezüglich der Technik und der klaren, strengen Indikationsstellung zur Operation sind noch manche Mängel vorhanden, was am besten dadurch sich kundgibt, dafs über die einzelnen strittigen Punkte noch beständig ein hitziger Kampf geführt wird. *Fritz Loeb-München.*

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Physikalische Versuche zur Erklärung einer bisher nicht gewürdigten Gefahr der Bottinischen Operation, von Paul Rosenstein - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) Bei einem 57jährigen Patienten wurde von Freudenberg wegen Blasenüberdehnung infolge von Prostatahypertrophie die Bottinische Operation ausgeführt. In den mittleren und rechten Lappen war bereits eine Rinne gebrannt, bei Beginn des dritten Schnittes in den linken Lappen gab es einen Knall, der sich wie das Platzen eines Ballons anhörte. Während der Detonation sah man die Bauchdecken über der Blasengegend sich einen Moment hervorwölben, dann wieder zusammenfallen. Die Vermutung, dafs eine Ruptur der Blase erfolgt sei, wurde durch die Laparotomie bestätigt; es fand sich rechts im Douglas ein für einen Finger durchgängiges Loch in der Blasenwand. Die Öffnung wurde vernäht, der Patient starb nach elf Tagen an putrider, wahrscheinlich metastasischer Bronchopneumonie.

Dies unglückliche Vorkommnis veranlafste den Verfasser zur Anstellung einer Reihe von Experimenten, um die Ursache des Vorganges aufzuklären. Es ergab sich, dafs die blofse Erhitzung der in der Blase befindlichen Luft nicht eine Ruptur herbeizuführen vermag. Es kommt aber, wenn der weifsglühende Inzisor in feuchtes, organisches Gewebe einschneidet, zur Entwicklung des bekannten Leidenfrostschen Phänomens, d. h. auf der Klinge des glühenden Messers tanzen kleine, von einer isolierenden Dampfschicht umgebene Wassertröpfchen; sobald das Messer durch innige Berührung mit dem viel kälteren, feuchten, organischen Gewebe bis zu einem bestimmten Grade der Rotglut abgekühlt wird, entsteht eine plötzliche Verdampfung der Wassertröpfchen, die mit einer ebenso plötzlichen Drucksteigerung verbunden ist. In dieser plötzlichen Drucksteigerung, die, wie Versuche ergaben, sogar 2 Atmosphären betragen kann, liegt die grofse Gefahr der Bottinischen Operation. Wenn ein so unglücklicher Ausgang bisher nicht bekannt geworden ist, so liegt das einmal daran, dafs die verdampfenden Tröpfchen gewöhnlich die Blase nicht übermäfsig ausdehnen, zweitens daran, dafs der Wasserdampf meist durch das Abzugsrohr oder neben dem Inzisor durch die Harnröhre entweicht. Im vorliegenden Falle mufs dieser Weg, wohl durch einen Brandschorf, verlegt gewesen sein, da während der Operation keine Luftblasen oder Dämpfe neben dem Instrument aus der Harnröhre entwichen waren. Verfasser sieht keine Möglichkeit, diese Gefahr mit Sicherheit zu vermeiden, auch nicht durch Erweiterung des Abzugsrohres. — Damit dürfte das Todesurteil über die Bottinische Operation, vor deren Ausführung namentlich von amerikanischer Seite schon lange gewarnt wurde, gesprochen sein. Verfasser hofft, die Prostatektomie werde nun in höherem Mafse unseren Kranken dienstbar gemacht werden, als es bisher in Deutschland geschieht, und berichtet zum Schlusse über eine von Israel mit gutem Erfolg ausgeführte suprapubische Prostatektomie nach Fuller.

A. Loewald-Kolmar.

Ein Fall von Riesenkonkrement in der Niere, von A. M. Sheild - London. (*Lancet.* 15. Okt. 1904.) Der Stein, welcher einen Umfang von 10 Zoll und ein Gewicht von mehr als einem Pfund in getrocknetem Zustande aufwies, hatte vor der

Operation die Diagnose eines malignen Tumors mit intrarenaler Blutung und Eiterbildung als das wahrscheinlichste erscheinen lassen. Die Entfernung des Konkrements sowie der Überreste der Niere machte grofse Schwierigkeiten. Trotzdem erholte sich der Kranke und hat jetzt seine Beschäftigung als Droschkenkutscher wieder aufgenommen. Bemerkenswert war bei dem Falle die relative Geringfügigkeit der vorhergehenden Beschwerden, trotzdem Patient einen durchaus nicht besonders gut gepflasterten Stadtteil zu befahren hatte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Kryoskopie und reflektorische Polyurie, von G. Kapsammer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) Ist die Niere suffizient, so wird der Molekulargehalt des Blutes in ständigem Gleichgewicht erhalten, ist sie insuffizient, so werden mehr Moleküle zurückgehalten und weniger ausgeschieden, der Molekulargehalt des Blutes steigt, der des Harns sinkt, was eine Gefrierpunktserhöhung des Harns und eine Gefrierpunktserniedrigung des Blutes bedingt. Darin liegt der Wert der Kryoskopie für die Nierendiagnostik, doch darf man hierbei nicht schematisch vorgehen. K. weist auf eine Anzahl Fälle, wo eine Polyurie durch Ureterenkatheterismus ausgelöst wurde, die, wenn diese Reflexerscheinungen nicht beachtet worden wären, zu einer falschen Diagnose geführt hätte, da ja mit der Polyurie der Molekulargehalt des Harns sinkt, der Gefrierpunkt erhöht wird. K. empfiehlt also, beide Ureteren zu sondieren, genau auf die Menge zu achten — normale Niere gibt 0,5 ccm in der Minute — und besonders darauf zu achten, ob und wieviel neben dem Katheter abfliefst. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über funktionelle Albuminurie, von H. G. Armstrong. (*Brit. med. Journ.* 8. Okt. 1904.) Mit funktioneller Albuminurie bezeichnet Verfasser das intermittierende Auftreten von Eiweifs im Urin junger Leute zwischen dem 10. bis 25. Lebensjahre. Während des Schulalters zeigen etwa 12—15% der Schulkinder die Krankheit, und zwar im Sommer häufiger als im Winter. Zweifellos spielt in ätiologischer Beziehung erbliche Belastung für nervöse Zustände eine bedeutende Rolle.

Ein mit funktioneller Albuminurie behafteter Schüler pflegte den Arzt aus folgenden Gründen zu konsultieren:

1. Sein Lehrer hat bemerkt, dafs er nicht mehr so sorgfältig wie früher seine Arbeiten verrichte, dafs er sowohl bei diesen, wie bei den Spielen eine grofse Gleichgültigkeit an den Tag lege.

2. Weil er häufig Ohnmachtsanfälle bekomme, besonders wenn er sich gerade aufrichte und kerzengerade stehen müsse.

Gelegentlich einer kaum eine Viertelstunde dauernden Inspektion der Schulkinder fielen drei derselben in einen Schwächezustand. In jedem einzelnen Falle konnte Verfasser Eiweifs im Urin nachweisen.

Nicht selten findet man vorübergehende Störungen in der Herzaktion, Unstetigkeit in der Pulsfrequenz und in der Qualität des Pulses. Bringt man einen derartigen Patienten zu Bett und läfst ihn mehrere Tage die liegende Stellung einnehmen, so verschwinden alle Erscheinungen. Gerade dieser Umstand, sowie das Fehlen von Epithelien im Urin, das hohe spezifische Gewicht des letzteren unterscheiden die funktionelle von einer durch organische Nierenerkrankung hervorgerufene Albuminurie. Therapeutisch sind gute Luft, kräftige Nahrung, zweckmäfsige Übungen ohne Überanstrengung zu empfehlen. Bei anämischen Patienten kommen aufserdem Eisen- oder Arsenpräparate zur Anwendung. *C. Berliner-Aachen.*

Die Bedeutung der Albuminurie im Kindesalter, von G. Reimer-St. Gallen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1904. Nr. 18 und 19.) R. weist in dieser Arbeit darauf hin, dafs dem Harn der jüngsten Kinder viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, zum Teil wegen des dieser Altersstufe oft in geringerem Mafse entgegengebrachten

Interesses, zum Teil wegen der Schwierigkeit, Harn zur Untersuchung zu bekommen. In allen Fällen, die der Autor zur Sprache bringt, handelt es sich um echte Albuminurie; er berücksichtigt dabei die an Häufigkeit und diagnostischer Bedeutung hervorragenden, durch Siedehitze gerinnbaren Eiweifskörper, das Serumalbumin, das Nukleoalbumin und das Serumglobulin. Zum Nachweis dieser Eiweifskörper bedient sich R. der Sahlischen, der Hellerschen und der Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe. Albuminurien physiologischer Natur beobachtete Verfasser bei Anwendung kalter Bäder, d. h. bei Kindern in für sie zu kaltem Badewasser; sie verschwanden bei Anwendung höherer Wärmegrade. Ferner beobachtete er sog. „alimentäre Albuminurien", die auf Genufs eiweifsreicher Nahrung zurückzuführen waren, besonders auf den Genufs von Fleischnahrung. R. warnt daher davor, zu früh auf Fleischgenufs bei schwächlichen, blutarmen Kindern zu drängen. Wahl einer reizlosen Kost läfst alle Krankheitssymptome verschwinden. Ebenso können gröfsere Mengen Kochsalz, Zucker, Pfeffer, Senf, Zimmet, Vanille zu Albuminurie führen. Zu den physiologischen Albuminurien rechnet Verfasser auch die infolge körperlicher oder geistiger Übermüdung entstehenden, die bei Kindern nahe bis zum Exitus ohne alle Krankheitserscheinungen verlaufen oder unter dem Symptomenkomplex einer chronischen Dyspepsie oder einer mehr oder weniger schweren Anämie einhergehen können. Konvulsionen, die auf Urämie zurückzuführen sind, werden häufig als solche idiopathischer Natur angesehen, weil die Urinuntersuchung und damit eine entsprechende diätetische Behandlung verabsäumt wird. Ob die sog. Pubertätsalbuminurie bei schwächlichen Individuen, zur Zeit vermehrten Körperwachstums auftretend, noch zu den physiologischen Albuminurien gehört, läfst Verfasser unentschieden; es gehört hierher auch die cyklische Albuminurie, die auftreten kann:

1. im Anschlufs an ausgesprochene akute Nephritis, und zwar im Abheilungsstadium der letzteren;
2. als ungewöhnlicher Ausdruck chronisch-interstitieller Nephritis;
3. bei Amyloidniere;
4. als rein cyklische Albuminurie infolge von Anämie zur Zeit stärkeren Wachstums.

Damit hört nach Ansicht des Verfassers die Grenze der physiologischen Albuminurien auf; zu den pathologischen Formen gehört in erster Linie die febrile Albuminurie nach Infektionskrankheiten; auch Anämie, Leukämie, Pseudoleukämie, Skorbut, Diabetes veranlassen zuweilen dyskrasische Albuminurien. Diagnostische Schwierigkeiten bewirken die Albuminurien, wie sie im Gefolge von mehr fieberhaften Krankheiten bisweilen auftreten. Auch Obstipation, ebenso wie akute Diarrhoe, kann bei Kindern Albuminurien vorübergehender Natur hervorrufen, die vielleicht ihren Grund in der Resorption chemischer Gifte aus dem Darmkanal haben. Albuminurien, die sich unter Umständen zu schweren Nierenveränderungen ausbilden können, kommen bei Ekzem, Pemphigus, Impetigo, Scabies vor, die entweder durch Resorption gewisser Zersetzungsprodukte der Haut, z. B. schädliche Fettsäuren, oder durch Einwanderung bestimmter Bakterien mit nierenreizender Toxinwirkung entstanden oder bereits der schädliche Ausdruck therapeutischer Agentien sind. So betrachtet Thursfield gewisse Hauterkrankungen, wie Pruritus, Urticaria, Ekzem, in manchen Fällen als Frühsymptom von Nierenkrankheiten; einzelne universelle Erytheme und Blasenbildungen, ausgedehnte Dermatitiden als Teilerscheinung des Endstadiums bei Nephritis und bei Vorhandensein urämischer Symptome, sämtlich bedingt durch im Blut kreisende Toxine. Auch Verfasser ist der Meinung, dafs einzelne Nephritiden ihren Ursprung in frühen Ekzemen haben, weshalb man den Nieren bei all diesen Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit schenken müsse als bisher. Diese Albuminurien mahnen naturgemäfs zur Vorsicht in der Anwendung medikamentöser Stoffe, die bei nierenschwachen, zarten Kindern leicht

zu chronischer Entzündung Veranlassung geben können. Zum Schlufs bespricht R. die Albuminurien resp. Nephritiden, wie sie nach akuten Infektionskrankheiten, besonders Diphtherie, Scharlach, Masern, Typhus, Anginen, auftreten. *Putzler-Danzig.*

Die Behandlung der Albuminurien, von H. Huchard und Ch. Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 35 und 36.) Die Verfasser weisen in der Einleitung auf eine bei nervösen Individuen vorkommende Albuminurie hin, die mit Oligurie und häufig auch mit Verminderung der Harnstoffausscheidung und des spezifischen Gewichtes des Harns einhergeht; es ist das eine renale Neurasthenie, die von der Neurasthenie renalen Ursprungs streng zu unterscheiden ist. Bei der letzteren ist der Erschöpfungszustand des Patienten Folge einer beginnenden urämischen Intoxikation, bei der ersteren dagegen ist die Neurasthenie nicht Folge, sondern Ursache von Störungen der Nierenfunktion. — Die cyklischen Albuminurien kommen nach den Erfahrungen der Verfasser besonders bei Kindern von Gichtikern vor und sind oft Vorläufer der Gicht; durch richtige Ernährung der Kinder, speziell durch dauernde Vermeidung von Überernährung und allzu reichlicher Fleischzufuhr, kann aber in vielen Fällen das spätere Auftreten von Gicht vermieden werden. — Das Wichtigste in der Behandlung der Albuminurie ist, abgesehen von der Beseitigung der Ursachen, die Regelung der Diät. Bei den meisten Formen, sowohl bei den funktionellen wie bei den durch Nierenentzündungen bedingten, empfehlen die Verfasser reine Milchdiät oder Milchpflanzenkost; bei der Albuminurie intestinalen Ursprungs dagegen, bei der sich im Harn stets auch Indikan findet, ist eine hauptsächlich aus Mehl und mehligen Speisen bestehende Kost, bei der funktionellen Albuminurie der Gichtiker vegetabilische Ernährung am Platze. — Die medikamentöse Behandlung spielt eine mehr nebensächliche Rolle; sie ist natürlich je nach der Ursache der Albuminurie verschieden. Bei Diabetikern mit Nierensklerose erzielten die Verfasser durch Verabreichung von Natrium arsenicos. (0,004—0,005 pro die) sehr gute Erfolge; die Zuckerausscheidung wurde in allen Fällen rasch geringer. — Dafs aus funktioneller Albuminurie sich manchmal Nephritiden entwickeln, halten die Verfasser für unbestreitbar; sie haben aber auch beobachtet, dafs eine Nephritis in eine langandauernde funktionelle Albuminurie ausklingen kann. *Götz-München.*

Über Alkaptonurie, von D. Zimper. (Inaug.-Diss. Würzburg 1903.) Verfasser beschreibt einen Fall von Alkaptonurie, der sich besonders dadurch auszeichnete, dafs eine etwa dreifach gröfsere Menge Homogentisinsäure ausgeschieden wurde, als in dem Fall, der unter den bisher publizierten die stärkste Homogentisinsäureausscheidung zeigte. Gleichwohl handelte es sich für den Patienten um eine anscheinend völlig belanglose Stoffwechselanomalie. Der Harn zeigte an allen Untersuchungstagen starke Acidität, sehr hohen Ammoniakgehalt und eine mäfsige Steigerung der Ätherschwefelsäuren. Die beiden letzten Tatsachen sind mit grofser Wahrscheinlichkeit als Mafsnahmen des Organismus zur Unschädlichmachung der Homogentisinsäure aufzufassen. Wie in den bisher daraufhin untersuchten Fällen konnte auch im beschriebenen eine Vermehrung der Homogentisinsäure durch vermehrte Eiweifszufuhr nachgewiesen werden. Eine Verminderung der Harnsäureausfuhr, die einige andere Autoren angeben, konnte vom Verfasser in seinem Fall nicht konstatiert werden. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der Chylurie, von Gabel. (*Il Policlinico.* 1904. Heft 9.) Verfasser glaubt, dafs es sich in dem von ihm beschriebenen Falle von Chylurie (wie in einem ähnlichen von Mackenzie) um eine Verstopfung von Lymphgefäfsen der Niere durch Nierensteine mit nachfolgender Stauung, Dilatation und Ruptur derselben gehandelt haben muſs. Gestützt auf diese Auffassungsweise verordnete er denn auch eine entsprechende Behandlung mit Urotropin, worauf die Patientin heilte.

C. Müller-Genf.

Die Diagnose der Hämaturie, von W. Hirt-Breslau. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 31.) Die Hellersche und van Deensche Probe, eventuell die spektroskopische Untersuchung des Harns gibt Aufschlufs darüber, ob eine echte Hämaturie oder eine Hämoglobinurie vorliegt. Die Dreigläserprobe, Farbe, Mischungsverhältnis, Form und Reaktion des Urins sind keine sicheren Kriterien für den Sitz der Erkrankung. Von wesentlich höherem Wert ist die mikroskopische Untersuchung des frisch entleerten, blutigen Urins, besonders wichtig ist der Nachweis von Cylinder- und Nierenepithelien. Kristalle, Gries, Konkremente, Leukocyten, Bakterien und Tumorteile haben eine grofse Bedeutung für die Diagnose der ursächlichen Erkrankung. Über den Sitz der Erkrankung werden sie nur selten Aufschlufs geben. Die körperliche Untersuchung des Patienten wird selten die Diagnose fördern. Die Palpation der Blase wird in ihrer diagnostischen Bedeutung oft wesentlich überschätzt. Dagegen ist die Nierenpalpation eine sehr wichtige Untersuchungsmethode, wobei man sich hüten mufs, abnorm tiefstehende, gut palpable Nieren ohne weiteres für vergröfsert zu halten, und was noch wichtiger ist, einen Nierentumor bei Hämaturie dort zu diagnostizieren, wo es sich um eine infolge Lithiasis oder chronischer Entzündung entstandene perineale Fettwucherung handelt. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Hämaturie ist noch nicht festgestellt. Was die zum Zweck der Diagnosenstellung in die Harnwege eingeführten Instrumente anbelangt, so kommen in Betracht der Katheter, die Sonde und das Cystoskop, eventuell das Endoskop. Mit dem Katheter kann man die Menge des Residualharns resp. Blutes bestimmen, aufserdem den Urin zwecks bakterieller Untersuchung steril entnehmen. Der Wert der Thompsonschen Sonde ist bei positivem Befunde für die Diagnose zweifellos, ein negativer Befund beweist nichts. Bei weitem die wichtigste Untersuchungsmethode für die Diagnose der Hämaturie ist die Cystoskopie, deren Technik H. ausführlicher schildert. Finden sich in der Blase keine äquivalenten, pathologischen Veränderungen, so gibt auch in blutungsfreien Perioden die Besichtigung der Urethramündungen doch öfters Aufschlufs über den Sitz der Blutung, da ihre Form verändert ist oder heraushängende Blutgerinnsel und Membranfetzen oder Ulcerationen in ihrer Umgebung zu finden sind. Der Urin ist aus jeder Niere getrennt aufzufangen und genau chemisch, mikroskopisch und auf den Gefrierpunkt zu untersuchen; mitunter erscheint der Harn völlig normal, auch die Hellersche Blutprobe ist negativ, trotzdem findet man unter dem Mikroskop einzelne rote Blutkörperchen, was diagnostisch äufserst wichtig ist, natürlich nur bei spontan gelassenem Urin, wenn vorher längere Zeit kein Instrument in die Harnwege eingeführt wurde. Besonders leicht treten bei Ureterenkatheterismus kleine Hämorrhagien auf. Ätiologisch kommen in Betracht bei Nierenblutungen: Stein, Tumor, Tuberkulose. Die Diagnose der Tuberkulose ist bei negativem Bazillenbefund mitunter sehr schwierig, manchmal gelingt es, durch provokatorische Tuberkulininjektion die Tuberkelbazillen an die Oberfläche zu locken. Ebenso sind die Tuberkelbazillen leicht nachzuweisen, wenn man den Urin durch längere Zeit mit dem Ureterenkatheter entnimmt, oder wenn das unmöglich, das 24stündige Urinquantum sedimentiert. Wichtig sind auch Veränderungen in der Umgebung des Ureterostiums, wie Knötchen oder Ulcerationen, Hämorrhagien und glasig durchscheinende Schwellungen, obgleich diese Symptome nicht als pathognomonisch für Tuberkulose gelten können. Die subjektiven Symptome sind oft trügerisch und nicht charakteristisch für die Nierentuberkulose. Für die Nephrolitiasis als Ursache der Hämaturie ist anamnestisch wichtig der Nachweis einer harnsauren Diathese oder für Phosphate das Überstehen langdauernder Katarrhe der Harnwege. Äufserst bedeutungsvoll ist das Auftreten von Koliken mit Steinabgang. Wichtig und beweisend für Nephrolithiasis sind positive Befunde bei Röntgenuntersuchungen. Es folgt dann die Beschreibung eines Krank-

heitsfalles, der deutlich beweist, wie leicht man bei Nierensteinen irregehen kann. Bei Nierentumoren, die mit am häufigsten die Ursache der Hämaturie sind, ist am wichtigsten die Nierenpalpation. Sehr charakteristisch ist ferner das plötzliche, ohne jede äufsere Veranlassung begründete Auftreten der Blutung, oft während der Nachtzeit. Nierenblutungen kommen auch vor bei akuter, chronischer, parenchymatöser und interstitieller Nephritis, beim hämorrhagischen Infarkt, nach Embolie der Nierenarterie. Wichtig sind ferner die Hämaturien bei einseitigen, durch Bakterieninvasion entstandenen eitrigen Nephritiden, die zu Nieren- und paranephritischen Abscessen führen. Auch Aneurysmen der Nierenarterien können, wie ein von H. angeführter Fall beweist, zu Nierenblutungen führen. Dafs durch Traumen Hämaturien entstehen können, ist klar, wobei die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Blasenverletzung sehr schwer ist, zumal die Cystoskopie in solchen Fällen wegen Gefahr der Blasenruptur kontraindiziert ist. Endlich kommen ätiologisch noch in Betracht Hämophilie und Leukämie, auch die Möglichkeit eines Nierenechinococcus und der cystischen Nierendegeneration ist zu beachten. Über die idiopathische, renale Hämaturie sind die Ansichten noch heute geteilt. Bleibt man bei einer renalen Hämaturie über die Ursache im Unklaren, so ist die probatorische Freilegung und Inzision der Niere indiziert, die, allerdings ausnahmsweise, auch versagen kann. Viel leichter und sicherer sind die zur Hämaturie führenden Erkrankungen der Blase und Prostata zu diagnostizieren. Steine und Tumoren der Blase werden cystoskopisch, Tuberkulose durch TB festgestellt. Schwierigkeiten entstehen bei Cystitis, da man bei akuter Cystitis nicht cystoskopieren kann, bei chronischer Cystitis ist ein Zusammenhang nur bei exakter Ausschliefsung aller übrigen Ätiologien anzunehmen. Auch arteriosklerotische Veränderungen der Blasengefäfse führen infolge von Ruptur zu Blutungen; auch variköse Erweiterung der Blasenvenen, sog. Blasenhämorrhoiden, können die Ursache profuser Blutungen werden. Bei Gefahr der Blasenblutung ist das wichtigste diagnostische Hilfsmittel die Laporatomie. Von den Krankheiten der Prostata führen zu Hämaturien: die Hypertrophie, das Carcinom, dessen Diagnose durch frisch entstandene Lymphdrüsen im Becken und in der Inguinalgegend gesichert wird; seltener sind Steine der Prostata, die akute und chronische Prostatitis die Ursache, häufiger die Tuberkulose der Prostata. Blutungen aus der vorderen Harnröhre entstehen durch Trauma, Entzündungen, Geschwülste, wie Fibrome und Carcinome. Die Diagnose wird durch das Endoskop oder die Palpation, bei Frauen eventuell durch die Erweiterung der Urethra gestellt. Besteht der Verdacht einer Entzündung oder eines Trauma, zunächst Enthaltung jedes diagnostischen Eingriffs, bei einer traumatischen Blutung Einlegen eines möglichst dicken Verweilkatheters. *Putzler-Danzig.*

Nephritis und Hämaturie, von Albarran. (*Revue médic.* Okt. 1904.) Der Verfasser hebt hervor, dafs man heutzutage immer mehr zur Ansicht neigt, dafs die eigentlichen Nierenläsionen bei der Brightschen Krankheit weiter nichts als eine Teilerscheinung einer allgemeineren Affektion sind, welche die Gewebe, die verschiedenen Organe und Systeme befällt. Dabei kann die Niere mehr oder weniger betroffen sein und sekundär mit Symptomen reagieren, die zur Nierenläsion selbst in Beziehung stehen. Die Untersuchung dieser sekundären Erscheinungen, verbunden mit der Grundkrankheit, geben uns eine Erklärung für die Tatsache, dafs oft scheinbar geringfügige Nierenstörungen zu hochgradigen, anhaltenden Blutungen führen können. Es darf nicht vergessen werden, dafs Nierenveränderungen, die an und für sich nicht imstande wären, Blutungen zu verursachen, andere Erscheinungen hervorrufen können, die dann zur Hämaturie führen; es sind dies wahrscheinlich angioneurotische Störungen, über deren Natur sich aber zurzeit noch nichts Bestimmtes aussagen läfst.

C. Müller-Genf.

Beitrag zum Studium der Hämaturie im Verlaufe der renalen Tuberkulose, von P. J. Dupuy. (*Thèse de Bordeaux.* 1904.) Die Hämaturie im Verlaufe der Nierentuberkulose zeichnet sich durch folgende Symptome aus: 1. Im Anfangsstadium: a) Primäre Tuberkulose: totale Hämaturie, frühzeitig auftretend, intermittierend, im Verlaufe der Erkrankung abnehmend; b) sekundäre Tuberkulose: später auftretende, weniger abundante Nierenblutungen, meist partiell und von Blasenblutungen nicht zu unterscheiden. — 2. Im Hauptstadium (vier Formen): a) Meist Blutgerinnsel und Eiterdepots; b) seltener leichte totale Hämaturien; c) Ausscheidung von Blutgerinnseln und Eiter; d) terminale Hämaturien. — Die Blutungen treten nach der Erfahrung des Verfassers in einem Drittel bis einem Viertel aller Fälle auf.

Die Nierenblutungen entstehen durch folgende Momente: 1. Im Anfangsstadium: Durch Lokalisation der Läsion in der Rindenschicht, durch Beteiligung der Glomeruli im Gefolge der Dilatation und Ruptur der Kapillaren. Die Verschiedenheit in der Menge des ausgeschiedenen Blutes ist nicht abhängig von der Ausdehnung der Läsion, sondern von individueller Reaktion gegen die bakterielle Invasion. Bei weiter vorgeschrittenen Läsionen beruhen die Blutungen häufig auf perituberkulöser Kongestion. 2. Im Stadium der Pyelonephrose beruhen die Blutungen: a) auf Ulcerationen im Nierenbecken oder aus Kavernen; b) gelegentlich auf dem Vorhandensein von Steinen; c) auf renaler Spannung und Kongestion im Gefolge von Ureterobstruktion; d) auf Spätinfektion der Niere auf dem Wege der Blutbahn. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von nicht durch Sulfonal bedingter Hämatoporphyrinurie, von G. L. Thornton-Exmouth. (*Lancet.* 24. Septbr. 1904.) Es handelte sich um einen 45jährigen, sonst gesunden Herrn, der seit etwa einer Woche an Diarrhoe gelitten hatte, und bei dem im Anschlufs an eine ziemlich lebhafte Darmblutung der Urin die bekannte portweinrote Farbe des Hämatoporphyrins aufwies. Die genaue Untersuchung desselben gab ein negatives Resultat, namentlich war das Vorhandensein von Blut sicher auszuschliefsen. An Medikamenten hatte Patient Bismut, Natr. bicarb. und etwas Salol erhalten. Dafs letzteres von ätiologischer Bedeutung bei der (übrigens in einigen Tagen wieder verschwindenden) Abnormität sein konnte, hält Verfasser für vielleicht möglich, aber keineswegs wahrscheinlich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über paroxysmale Hämoglobinurie, von Julius Donath und Karl Landsteiner-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 36.) Um die Ursache der Blutauflösung bei der paroxysmalen Hämoglobinurie festzustellen, haben die beiden Autoren eine Reihe von Untersuchungen und Versuchen vorgenommen, deren Ergebnis sie in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1. Die Hämolyse erfolgt bei der parxysmalen Hämoglobinurie durch Absorption eines im Serum der Hämoglobinuriker enthaltenen toxischen Körpers bei der Abkühlung des Blutes und darauf folgende Auflösung in der Wärme mit Hilfe eines auch im normalen Serum vorhandenen, leicht durch Wärme zerstörbaren Agens (Komplement).

2. Durch Abkühlung und folgende Erwärmung des Hämoglobinurikerblutes in vitro erhält man ein Paradigma des durch Kälteeinwirkung verursachten Anfalles.

3. Die Blutlösung beim Hämoglobinurieanfall gibt einen neuen Beleg für die Wirksamkeit der Komplemente bei unversehrter Gefäfswand und ungeronnenem Blute.

Götz-München.

Die Urobilinurie als Symptom der Auto-Hämolyse. Zwei Fälle von Skorbut, von Erben-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 39—40.) Unter Auto-Hämolyse versteht man den abnormen Zerfall roter Blutkörperchen im Organismus, innerhalb oder aufserhalb der Gefäfse. Eine Vermehrung des Urobilins im Harne — Urobilinurie — bedeutet eine solche Zerstörung des Hämoglobins. Urobilinurie bei Skorbut wurde bereits von mehreren Autoren gefunden, und auch Verfasser fügt

diesen Fällen zwei Beobachtungen hinzu, die er genauer beschreibt. Die weiteren ausführlich geschilderten Untersuchungen auf dem Gebiete der Hämolyse liegen der Tendenz dieser Monatshefte zu fern, um darauf einzugehen.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Ein Fall von hartnäckiger Phosphat-Diathese, geheilt durch systematische Dehnung des hinteren Teiles der Harnröhre, von George Theodore Mundorff-New York. (*Med. News.* 1. Okt. 1904.) Der 39jährige Patient hatte sechs bis sieben Jahre früher eine Blennorrhoe durchgemacht, welche vier Monate zur Heilung brauchte; im Anschlufs an grofse Nervosität bekam er einen Urin, welcher milchigweifs gefärbt war und auf ärztliche Untersuchung sich als stark phosphathaltig erwies. Zwei Jahre lang wurde er mit Mineralsäuren, entsprechender Diät usf. behandelt, die Menge des ausgeschiedenen Urins nahm aber immer mehr zu, ebenso wie das Phosphat-Sediment. Dasselbe setzt sich beim Stehen des Urins nach wenigen Minuten als weifser Niederschlag ab, die Urinmenge stieg bis zu 2700 ccm, wovon $^1/_8$—$^1/_4$ die Phosphorsalze betrugen; alkalische Reaktion, spezifisches Gewicht 1028, kein Eiweifs, kein Zucker. Eine Striktur der Urethra war nicht vorhanden, die Prostata etwas vergröfsert. Mundorff versuchte nun innerlich verdünnte Phosphorsäure (10—15 Tropfen nach jeder Mahlzeit), dann verschiedene Mineral-, Benzoesäuren, Lebertran mit Hypophosphiten usw., Blasenirrigationen mit milder Borlösung (zwei- bis dreimal per Woche), entsprechende Diät. Patient wurde immer schlechter; nachdem fünf Monate lang diese therapeutische Versuche gemacht waren, wurden Dilatationen der hinteren Harnröhre (einmal pro Woche) mittels des Kollmannschen Instruments und Irrigationen der Blase mit milder Bor- oder Silberlösungen vorgenommen. In acht Wochen war der Urin völlig klar, das Allgemeinbefinden bedeutend gebessert und nach weiteren vier Wochen wurde Patient als geheilt entlassen; die Heilung ist, wie spätere Untersuchungen ergaben, eine dauernde gewesen. M. hat früher schon einen ähnlichen Fall mit Dilatation erfolgreich behandelt und führt diese Erfolge theoretisch auf die Möglichkeit eines vorhandenen Reizzustandes im hinteren Teile der Harnröhre (infolge von früherer Blennorrhoe) und auf die Lokalbehandlung desselben zurück.

Stern-München.

e. *Labien, Vagina usw.*

Ist erzwungene, unfreiwillige Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das gesunde, normale Weib schädlich? von Ruth Bré und **Erwiderung** von Dr. Agnes Bluhm-Berlin. (*New York med. Monatsschr.* 1904. Nr. 7.) R. B. hatte in ihrem bekannten Buche „das Recht auf die Mutterschaft“ behauptet, dafs sexuelle Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit auf die Gesundheit der normalen Frau schädlich wirke und dafs das ganze Heer der Frauenkrankheiten, Myome, Eierstockgeschwülste, Gebärmutter- und Brustkrebs, Hysterie und Neurasthenie, auf jene Ursachen zurückzuführen sei. In einer scharf zugespitzten Polemik erwidert A. B., dafs diese Behauptung durch nichts erwiesen sei und dafs jene mit der Genitalsphäre zusammenhängenden Erkrankungen ebenso bei Müttern, wie Nichtmüttern vorkämen. (Für eine grofse Anzahl von Fällen dürfte wohl R. B. unzweifelhaft Recht haben, es ist aber auch ebenso gewifs, dafs viele Erkrankungen der Frauen durch häufige und schwerere Entbindungen, durch künstliche Unterdrückung des Kindersegens und durch viele andere Ursachen hervorgerufen werden. Die Forderungen von R. B. sind an sich gewifs berechtigt, die ganze Frage ist jedoch nicht nur eine medizinisch-hygienische, sondern spielt so sehr auf das sozialpolitische Gebiet über, dafs sie nicht allein für sich, sondern nur in Verbindung mit der allgemeinen „sozialen Frage“ gelöst werden kann, womit es jedoch wohl noch seine guten Wege haben dürfte. D. Ref.)

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Digitized by Google

Zur Kasuistik der Tuberkulose der weiblichen Genitalien, von Lambert Rehbock. (Inaug.-Diss. Greifswald 1903.) Die Arbeit bringt nichts Erwähnenswertes.

Fritz Loeb-München.

Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane, von Marie Schakhoff. (*Thèse de Genève.* 1903.) Die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane ist eine relativ seltene Erkrankung und findet sich bei Frauen jeden Alters, am häufigsten zwischen 20. und 30. Lebensjahr; meistens ist sie eine sekundäre Affektion im Gefolge einer floriden oder latenten Lungentuberkulose; seltener nach Darmtuberkulose. Die Ausbreitung erfolgt auf dem Wege der Blutbahn. Es können alle Teile des Genitaltrakts, am häufigsten die Tuben, am seltensten die Vagina, tuberkulös erkranken. Vaginale Tuberkulose kann primär auftreten, in diesem Fall erfolgt die Infektion durch Urin oder Stuhl. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zu den Verletzungen der weiblichen Geschlechtsteile sub coitu, von Josef Saks. (*Gazeta lekarska.* 1904. Nr. 40.) Verfasser berichtet über fünf Fälle von diesen Verletzungen, die er im Laufe von zwei Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. In vier Fällen betrafen sie Weiber, die zum erstenmal den Beischlaf ausgeübt haben, im fünften eine Multipara, drei Wochen nach der letzten Geburt.

Die Verletzungen betrafen in zwei Fällen die Basis des Hymens, in je einem Falle das Frenulum vulvae, die hintere Vaginalwand und des Septum rectovaginale.

Alle Fälle wurden in kurzer Zeit vollkommen geheilt. Die Ursache der Verletzungen sub primo coitu sucht Verfasser meistens in den Abnormitäten der weiblichen Geschlechtsteile; bei den Weibern, die bereits öfters schadlos koitiert haben, vermutet er, daſs eine ungünstige Lagerung des Weibes während des ominösen Beischlafs von ursächlicher Bedeutung sein könnte. Auch in seinem Falle wurde der Coitus in halbsitzender Lage der Frau ausgeführt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Eine septierte Vagina, von Harbinson. (*Brit. med. Journ.* 14. Mai 1904.) Gelegentlich der Untersuchung einer 50jährigen, noch ledigen Dame, machte Verfasser die Wahrnehmung, daſs der durch das vorhandene kleine Hymen in den Vaginalkanal eingeführte Finger nach ca. 1 Zoll auf ein dünnes, aber straffes Septum stieſs, dessen Zentrum eine kleine, eben noch für eine gewöhnliche Uterussonde durchgängige Öffnung hatte. *C. Berliner-Aachen.*

Ulcus chronicum elephantiasticum, von R. Matzenauer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 4.) M. berichtet die Krankengeschichte eines Falles von Ulcus chronicum elephantiasticum (s. Elephantiasis vulvae) und kommt zu der Ansicht, daſs, obwohl in beinahe der Hälfte der Fälle Syphilis vorausgegangen ist, ein ätiologischer Zusammenhang mit derselben mikroskopisch oder durch erfolgreiche antiluetische Kur weder erwiesen noch wahrscheinlich ist. Über die wirkliche Ursache der Affektion wagt er keinerlei Hypothese aufzustellen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über Vulvovaginitis bei kleinen Kindern, eine klinische Studie von 190 Fällen, von Sara Welt-Kakels-New York. (*New York Journ.* 8., 15., 22. und 29. Okt. 1904.) In den Fällen der Verfasserin war die blennorrhoische Vulvovaginitis am häufigsten durch eine indirekte und zufällige Art der Infektion verursacht: sehr oft durch gemeinsames Bett mit Mutter oder Schwestern, welche an infektiösem Ausfluſs litten, ferner durch infizierte Bett-, Handtücher oder andere Gebrauchsgegenstände; manchmal bestand, wie in zwei von Verfasserin beschriebenen Fällen, eine wahre Blennorrhoeendemie innerhalb einer Familie. Die katarrhalische Vulvovaginitis war in den von ihr beobachteten Fällen verursacht durch Unreinlichkeit, Fremdkörper, Verletzungen, sehr oft wurde sie bei Kindern im Alter

unter zwei Jahren mit Sommerdiarrhoe (entweder durch den Kontakt mit den Faeces oder durch unreine Wäsche) gesehen. Was die Dauer des Leidens betrifft, so erklärt K. die blennorrhoische Form für eine der hartnäckigsten Erkrankungen des frühen Kindesalters; denn jene Fälle, welche nach 3—8—12 Wochen als geheilt angesehen würden, seien noch weit entfernt von wirklicher Heilung, dieselbe käme oft in drei und vier Monaten nicht zustande. Oft sind schwere Folgen für das spätere Leben damit verbunden, SAENGER berichtet z. B. über Fälle von Pyosalpinx und alter lokalisierter Peritonitis bei jungen Mädchen, die auf eine in der Kindheit akquirierte Blennorrhoe zurückzuführen seien. Bei der einfach katarrhalischen Form der Vulvovaginitis ist die Prognose eine weit günstigere, sie geht gewöhnlich in kurzer Zeit auf geeignete hygienische und einfach therapeutische Maſsnahmen zurück. Von Komplikationen der blennorrhoischen Form beobachtete K. nur einmal Ophthalmoblennorrhoe, obwohl sie im allgemeinen als sehr häufig gilt, häufiger Arthritis (in drei Fällen), sodann Cystitis (nur ein Fall) und als schwerste und gefährlichste Peritonitis. Dieselbe kann in akuter oder subakuter Form, lokalisiert oder allgemein, vorkommen; sie scheint durch sehr heftige Erscheinungen ausgezeichnet und den Kindern besonders gefährlich zu sein, in vielen Fällen bleiben oft Rückstände der Entzündung übrig, welche im späteren Leben zu Beckenerkrankungen führen. Als Beispiel führt K. einen charakteristischen Fall von akuter diffuser Gonokokkenperitonitis bei einem dreijährigen Kind mit blennorrhoischer Vulvovaginitis an. Neben den notwendigen hygienisch-diätetischen Vorschriften empfiehlt Verfasserin bei der Behandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder Sitzbäder und Ausspülungen mit schwachen Lösungen von Kal. permang. (1 : 2000), auch von Kreolin ($^1/_2$—1 %), BURROWscher Flüssigkeit und von Sublimat (1 : 2000—1 : 5000); im chronischen Stadium der Krankheit sind Irrigationen mit Arg. nitr. (1 : 200—1 : 800) abwechselnd mit solchen von Kal. permang. gebräuchlich. Über von anderer Seite empfohlene Protargolirrigationen ($^1/_2$—1 %) hat Verfasserin keine Erfahrung. Zum Schlusse ihrer Arbeit bringt sie eine Auslese von 16, besonders charakteristischen und durch ihre Komplikationen erwähnenswerten Fällen. *Stern-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über isolierte blennorrhoische Infektion präputialer und paraurethraler Gänge, von ERNST HEBERLE. (Inaug.-Diss. Leipzig 1903.) Es handelte sich um eine dicht am Frenulum zwischen den Blättern des Präputiums gelegene, knotenförmige Geschwulst mit einer minimalen Öffnung am distalen Ende, aus der eitriges Sekret sich entleert, in dem sich vielfach Gonokokken nachweisen lassen. Dabei ist die Urethralschleimhaut völlig gesund. Mikroskopisch zeigt das Gebilde einen von der Epidermis sich einsenkenden Gang inmitten eines derben Bindegewebslagers. Im Lumen und den Wandungen Gonokokken. Den Gang umgibt ein dichtes Zellinfiltrat. *Fritz Loeb-München.*

Die latente Blennorrhoe des Weibes, von ANDRÉ BERNHEIM. (*Thèse.* Paris 1904.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Götz-München.*

Bemerkungen über Häufigkeit und Verhütung der Blennorrhoea neonatorum, von WINTERSTEINER-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Im Augenambulatorium des St. Anna-Kinderspitales hat W. in einem Zeitraum von drei Jahren unter 2483 augenkranken Kindern 122 mit Blennorrhoea neonatorum (5 %) behandelt. Diese erschreckend hohe Zahl hat W. veranlaſst, genaue Beobachtungen darüber anzustellen; er kommt dabei zu folgenden Resultaten: Bei einem Drittel traten die ersten Erscheinungen erst nach dem sechsten Tage auf; hier nimmt W. eine Infek-

Digitized by Google

tion post partum an und zwar durch das Lochialsekret der mit den Kindern zusammenschlafenden Mutter. Also kann das Credésche Verfahren allein nichts nützen, sondern es muſs überhaupt an die Sauberkeit appelliert und an dieselbe erinnert werden, und zwar durch Aufklärung und Belehrung der hier in Betracht kommenden ärmeren Bevölkerung seitens der Hebammen. Zur Behandlung der Blennorrhoe empfiehlt W. warm die Stellwagsche Therapie als erprobt und zuverlässig: ein- bis zweistündlich Ausspülungen mit Kal. permang. (1 : 1000) und ein- bis zweimal täglich Touchierung der Bindehaut mit 2 %iger Höllensteinlösung. *Arthur Rahn-Collm.*

Über Organerkrankungen des Nervensystems auf blennorrhoischer Basis, von Jan Koelichen. (*Gazeta lekarska.* 1904. Nr. 31 u. 33.) Nach einer kurzen Besprechung der bisher bekannten Organerkrankungen des Nervensystems, die den Verauf der Blennorrhoe komplizieren, berichtet Verfasser über anatomische Läsionen im Rückenmarke eines Falles, der klinisch von Majewski (Jakowskis Abteilung in Warschau) beobachtet wurde.

Von den nervösen Komplikationen der Blennorrhoe sind als häufigste und leichteste die Tripperneuralgien (besonders im Verlaufe des N. ischiadcus und N. cruralis) bekannt; dann die Muskelatrophien (beim Gelenkstripper), die Entzündung der peripheren Nerven und die Entzündung des Rückenmarks und seiner Hüllen. Die letzte Komplikation ist bereits in 16 Fällen bekannt; in sieben Fällen hat sie den Exitus zur Folge gehabt, in einigen trat bedeutende Besserung, in einem sogar vollkommene Heilung ein.

Der Fall des Verfassers betrifft eine 16jährige Patientin, die plötzlich von Kreuzschmerzen und Lähmung der unteren Extremitäten befallen wurde. Bei der ersten Untersuchung wurde reichlicher eitriger Ausfluſs aus den stark geröteten äuſseren Genitalien mit zahlreichen Gonokokken, vollkommene Lähmung der unteren Extremitäten, schwache Sehnenreflexe an denselben, Fehlen des Schmerz- und Temperatursinnes, Urin- und Stuhlretention seit drei Tagen, Parese der rechten oberen Extremität nachgewiesen.

Während der zweimonatlichen Behandlung treten allmählich folgende Erscheinungen auf: Incontinentia alvi et urinae, Decubitus auf dem Gesäſs, Erhöhung der Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten, Fuſsklonus; dann eitrige Pleuritis dextra, Fortschreiten des Decubitus; zum Schluſs traten Erscheinungen eines akuten eitrigen Blasenkatarrhs auf. Die Autopsie ergab leichte tuberkulöse Veränderungen in der linken Lungenspitze, eitrige Entzündung des Nierenbeckens und diphterische Entzündung der Blase. Das Rückenmark schien äuſserlich ohne Befund, nach Fixation in Formalin und Müllerscher Flüssigkeit werden in demselben folgende Veränderungen gefunden.

Das Rückenmark war in seinem ganzen Längsdurchschnitte wesentlich alteriert; am stärksten waren die Veränderungen im zentralen Teile ausgesprochen. Die Veränderungen bestanden in einem akuten Entzündungsprozesse, durch Erweiterung der Blutgefäſse, kleinzellige Infiltration, Zerstörung der nervösen Elemente der Zellen und Neurogliawucherung charakterisiert. Der Entzündungsprozeſs war beinahe ausschlieſslich in der grauen Substanz lokalisiert, verbreitete sich aber von dort auch auf die weiſse, in den Hintersträngen längs des Septum medianum posticum, in den Vorderseitenstrangbahnen längs der Blutgefäſse.

Die Lokalisation der Veränderungen in diesem Falle läſst den Verfasser vermuten, daſs längs des Rückenmarks eine Lymphbahn existiert, welche die Zirkulation der Bakterien oder ihrer Toxine befördert und diese Lymphbahn kann nur der Zentralkanal des Rückenmarks sein. Diese Vermutung wird auch durch manche Tierexperimente von Hoche und Homén unterstützt.

Was die nähere Ursache der Entzündungsprozesse im Rückenmark und seinen Hüllen, sowie in den peripheren Nerven anbelangt, ist Verfasser geneigt anzunehmen, dafs die Gonokokken selbst die genannten Organe angreifen. Es fehlen allerdings faktische Beweise dafür — doch könnten dieselben nur durch methodische Untersuchungen des Liquor cerebro-spinalis in vivo geliefert werden, da die Untersuchungen des postmortalen Materials nur unsichere Resultate geben.

Als weitere eventuelle Ursachen erwähnt noch Verfasser den Einflufs der Gonokokkentoxine und die sekundäre Infektion mit Eiterbakterien; die letzte Vermutung wird durch den Befund Barries gestützt, der aus dem Liquor cerebro-spinalis eines Kranken, der infolge einer ähnlichen Entzündung zugrunde gegangen ist, eine Kultur von Eiterbakterien gezüchtet hat. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Im naturhistorisch-medizinischen Verein Heidelberg (Sitzung vom 31. Mai 1904. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 34) stellte Hermann einen 14jährigen Knaben mit **Erythema nodosum blennorrhoicum** vor. Die Blennorrhoe bestand seit zehn Wochen, die Hautaffektion trat in Schüben auf, die mit hohem Fieber und Gelenkschmerzen einhergingen. Neben subcutanen Infiltraten zeigten sich papulöse, zum Teil roseolaartige, zum Teil mit zentralen Bläschen versehene hellrote Efflorescenzen. *Götz-München.*

Zur Behandlung der blennorrhoischen Gelenkerkrankungen mittels der Bierschen Stauungshyperämie, von August Laqueur-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1904. Nr. 36.) Die Biersche Stauung wurde bei fünf Fällen von Arthritis blennorrhoica angewandt, bei zwei derselben war sie erfolglos, bei dem einen handelte es sich um eine mit Deformitäten und starker Krepidation verbundene, sehr schmerzhafte Affektion des linken Ellenbogengelenkes, die nach einer sechs Monate zurückliegenden frischen Blennorrhoe zurückgeblieben war. Es lagen hier also dieselben Verhältnisse wie bei Arthritis deformans vor, und es konnte durch lokale Heifsluftbäder bedeutende Erleichterung geschaffen werden, während die Biersche Stauung versagte. Bei den anderen drei Fällen war ein günstiger Einflufs der Stauungshyperämie deutlich zu erkennen, besonders bei einem Fall von frischer Arthritis blennorrhoica war das Resultat überraschend; der Schmerz verschwand schnell. Jedenfalls ist das Biersche Verfahren bei Arthritis blennorrhoica ein schätzenswertes Heilmittel, teils für sich allein angewandt, teils in Verbindung mit anderen physikalischen Heilmethoden, und es verdient mehr angewandt zu werden als es bisher geschieht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Blennorrhoische Entzündung des Sternoclaviculargelenks, von R. L. Larson-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Aug. 1904.) Kurze Mitteilung zweier Fälle; im einen Falle wurde die Gelenkentzündung durch eine Fraktur des Schlüsselbeins kompliziert. Es erfolgte trotzdem glatte Heilung. *A. Loewald-Kolmar.*

Die puerperalen Erkrankungen der blennorrhoischen Frauen. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 21.) Unter den blennorrhoischen Erkrankungen der Wöchnerinnen ist die Phlebitis eine der wichtigsten; 34 % aller puerperalen Venenentzündungen sind blennorrhoischen Ursprungs. Der allerdings sehr selten vorkommende puerperale Gelenkrheumatismus ist stets blennorrhoischer Natur; der eitrige Ergufs, der in solchen Fällen in den Gelenken vorhanden ist, enthält Gonokokken. Vereinzelt wurde bei Wöchnerinnen auch eitrige, durch Infektion mit gonokokkenhaltigen Lochien verursachte Proctitis und abscedierende blennorrhoische Mastitis beobachtet. *Götz-München.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von J. Jadassohn-Bern. (*Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts.* 1904.) Die ausführliche Monographie gibt einerseits einen vorzüglichen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Tripper-

Digitized by Google

behandlung im allgemeinen, anderseits bringt Verfasser, bekanntlich aus Neissers Schule hervorgegangen, die reiche Fülle seiner subjektiven Erfahrungen wieder, wobei besonders wohltuend der vermittelnde Standpunkt zwischen den heute noch so divergenten Anschauungen bezüglich verschiedener Fragen der Blennorrhoe wirkt. Die so wichtige Frage, was unter Heilung derselben zu verstehen ist, beantwortet J. damit, dafs er sie als geheilt resp. nicht mehr kontagiös bezeichnet, wenn unter den verschiedensten Umständen und zu oft wiederholten Malen vorgenommene mikroskopische resp. bakteriologische Untersuchungen die Abwesenheit der Gonokokken ergeben haben. Wir müssen uns in einer grofsen Anzahl von Fällen mit der „bakteriologischen Heilung" begnügen, wo wir eben die restlose anatomische Heilung nicht erzwingen können; dies Zugeständnis der Unzulänglichkeit unserer therapeutischen Methoden wird von so vielen Autoren der verschiedensten Richtungen gemacht, dafs wir mit ihr vorerst leider noch als mit einer Tatsache rechnen müssen. Wenn auch die provokatorischen Mafsnahmen zuweilen — nach J.s Erfahrung in sehr seltenen Fällen — gefährlich sein können, so darf man besonders in der Frage des Ehekonsenses auf dieselben keineswegs verzichten. Ein weiterer Punkt betrifft die Verwertung der Kultur für die Feststellung der Heilung eines blennorrhoischen Prozesses; im allgemeinen, glaubt J., genügt die mikroskopische Untersuchung, und wenn man auch in einzelnen Fällen schnellere Resultate durch die Kulturmethode erhält und Gonokokken findet, wo man sie ein- oder mehrmals mikroskopisch vergebens gesucht hat, so sind das nach seiner Erfahrung eben vereinzelte Fälle; der Praktiker wird mit der mikroskopischen Untersuchung meist einwandfreie Resultate erzielen, der Kliniker und Spezialist kann die Kultivierung benutzen. Die zweite Fundamentalfrage: Wann sollen wir im einzelnen Falle mit der antiseptischen Therapie aufhören, um an die Konstatierung der Heilung zu gehen, hat J. schon im Jahre 1895 dahin eingeschränkt, dafs die Möglichkeit eines gonokokkenhaltigen Rezidivs sich im Augenblicke des Aussetzens der Therapie niemals mit absoluter Sicherheit entscheiden läfst; besonders schnelle Heilerfolge erzielen zu wollen (abortive Methoden) hält J., ebenso wie Neisser schon seit vielen Jahren betont hat, für falsch, je länger die antiblennorrhoische Therapie im einzelnen Falle fortgesetzt wird, um so gröfser ist ceteris paribus die Chance, dafs nach Aussetzen der Therapie die Heilung eine definitive sein wird. Die Pause zwischen Aussetzen und Geheilterklärung sollte bei scheinbar günstigstem Verhalten nie unter vier Wochen bemessen sein. Drittens: Bei der Besprechung der hauptsächlichsten in der Blennorrhoetherapie verwendeten Mittel hält sich J. nur relativ kurz bei den inneren Mitteln auf, welche er höchstens als Ergänzung der lokalen Therapie oder in ganz besonderen Fällen (sehr stürmischen Fällen, Unmöglichkeit, zu injizieren usf.) für sich allein verwendet; Magendarmerscheinungen, die Exantheme scheinen ihm beim Copaivabalsam häufiger zu sein wie den anderen Balsamicis. Bezüglich der lokalen Mittel (Einteilung in fünf Gruppen: 1. reine, 2. adstringierend wirkende Antiseptika, 3. Kaustika, 4. die reinen Adstringentien und 5. die entzündungerregenden Mittel) ist J. überzeugt, dafs man mit Arg. nitr. bei richtiger Abmessung der Dosen die bei weitem überwiegende Mehrzahl der Blennorrhoen mit sehr gutem Erfolge behandeln kann. Daneben haben allerdings die Ersatzmittel des Arg. nitr., vor allem das Protargol, dann das Ichthargan und Albargan usf. als weniger stark reizend, aber gonokokkentötend ihre unzweifelhaften Vorteile. Die spezielle Behandlung der akuten Blennorrhoe führt J. mit folgenden Prinzipien ein: Vernichtung der Gonokokken an allen von uns erreichbaren Punkten, an denen ihre Anwesenheit bewiesen oder sicher anzunehmen ist, mit möglichst geringer oder ohne alle Schädigung der Schleimhaut und zugleich Fernhaltung aller Schädlich-

Digitized by Google

keiten, Fortführung dieser bakteriziden Therapie bis zu dem Augenblicke, da man auf die Eliminierung aller Gonokokken hoffen kann, und Kontrollierung des Heilresultats durch längere Zeit hindurch. Die Einzelheiten bezüglich der Behandlung der akuten Urethritis blennorrhoica des Mannes durch die verschiedenen Mittel und Methoden (auch die Janetschen) können hier füglich übergangen werden; dafs Jadassohn bei Urethritis posterior die Argent. nitr.-Instillationen mittels Katheter usw. den Patienten selbst so „unbesorgt“ überläfst, dürfte wohl bei manchem Praktiker, der nicht so sehr auf die Geschicklichkeit der Patienten, die Katheter nach jedesmaligem Gebrauche ordentlich zu reinigen, vertraut, Kopfschütteln erregen. Auch bezüglich des Verbots alkoholischer Getränke ist J. nicht mehr so streng wie früher: etwas Rotwein, ja selbst ein oder zwei Glas Bier erlaubt er wenigstens nach Ablauf der akutesten Symptome. Von den Abortivkuren hält J. sehr wenig, mit der Janetschen Methode, die er ganz detailliert schildert, hat er manche günstige Erfolge, aber auch manche Enttäuschungen erlebt, so dafs er weder in die übertriebenen Lobeserhebungen noch in den Tadel einstimmen kann; da sie grofse Anforderungen an die Zeit des Patienten und des Arztes stellt, vor allem aber trotz der scheinbar grofsen Einfachheit längere Übung erheischt, so dürfte sie in den Kreisen der praktischen Ärzte mit Recht wenig Anklang finden. Der Reihe nach beschreibt J. die diversen Komplikationen, welche bei der Blennorrhoe des Mannes vorkommen können; die Epidydimitis behandelt er mit Hitze entweder in der alten Form der Breiumschläge oder vermittelst eines Thermophors; in Übereinstimmung mit Neisser und Lang, im Gegensatze jedoch zu vielen anderen Autoren, sieht J. keine Veranlassung, bei Epidydimitis die lokale Behandlung der vorderen und hinteren Harnröhre auszusetzen. In kurzen, treffenden Worten wird der Blennorrhoe des Weibes, deren Symptomatologie, Therapie und der so wichtigen Komplikationen gedacht; bezüglich der Geheilterklärung mufs man hier noch vorsichtiger sein wie beim Manne und erst wenn viele Wochen hindurch keine Gonokokken mehr gefunden worden sind, dieses Gutachten abgeben; an der Urethra des Weibes die bei der Blennorrhoe des Mannes besprochenen Provokationsmethoden anzuwenden, hält J. für ganz unbedenklich. Kurze Bemerkungen über die Blennorrhoe des Kindes, über die seltene Stomatitis blennorrhoica, die nicht sehr seltene Rektalblennorrhoe bei Frauen und schliefslich über die allgemeine und persönliche Prophylaxe der Blennorrhoe bilden das Schlufskapitel der so lesenswerten Abhandlung.

Stern-München

Über die interne Behandlung der Blennorrhoe unter besonderer Berücksichtigung des neuen Antiblennorrhoicum Gonosan, von M. Lubowski. (*Fortschr. der Medizin.* 1904. Nr. 26.) L. gibt eine kritische Übersicht der Literatur. Die früher vorwiegend interne Behandlung der Blennorrhoe mufste allmählich der lokalen Behandlung den Hauptplatz einräumen und verschwand mehr und mehr. Jetzt zieht man sie neben der lokalen Therapie wieder mehr zur Hilfe heran, um in der kombinierten Art die Heilung sicherer und dauernder zu gestalten. Die früheren internen Mittel waren entweder unwirksam oder sie besafsen so unangenehme Nebenwirkungen, dafs man stets zu gewisser Vorsicht genötigt war und dem Übel nicht mit der nötigen Energie zu Leibe gehen konnte. Am gebräuchlichsten waren und sind noch die Balsamica. Sandelöl wurde ersetzt durch Kawa-Kawa, welches die Schmerzen beim Urinieren und bei Erektionen beseitigt, die Harnsekretion vermehrt und die Menge des Eiters vermindert, so dafs ein völliges Aufhören des Ausflusses am 8.—10. Tage erwartet werden kann. Hieraus entstand das Gonosan, welches Boss-Strafsburg zuerst in die Praxis einführte, und welches sich tadellos bewährt. L. gibt nun eine Übersicht über die Erfolge der verschiedensten Autoren mit Gonosan, die Berichte

sind im ganzen übereinstimmend und bestätigen die Zweckmäfsigkeit dieses neuen Mittels. (Der Referent schliefst sich dem günstigen Urteil über Gonosan als Unterstützungsmittel an und sah noch nie unangenehme Nebenwirkungen). In einzelnen Fällen bewirkte Gonosan allein die Heilung, doch ist immerhin eine gleichzeitige lokale Therapie vorzuziehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kenntnis des Gonosans, von Jakob Bronislaus Sokal-Lemberg. *(Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 40.) S., ein Anhänger der exspektativen Blennorrhoebehandlung hat das Gonosan in 16 Fällen von Urethritis blennorrhoica anterior, in 2 Fällen von Urethritis totalis und in 3 Fällen von Cystitis angewandt und kommt zu dem Schlusse, dafs das Gonosan gegenwärtig als das beste innere Antiblennorrhoicum zu bezeichnen ist, da es die Heilung der Blennorrhoe in sehr wirksamer Weise unterstützt und aufserordentlich schmerzstillend wirkt. *Putzler-Danzig.*

Die Silbersalze bei der Blennorrhoe, von William L. Baum-Chicago. (*Med. News.* 15. Okt. 1904.) Was auch von anderen Autoren schon festgestellt wurde, bestätigt B. auf Grund seiner Erfahrungen: Die Silbersalze (Arg. nitr. und die verschiedenen Eiweifsverbindungen desselben) sind die wirksamsten Mittel gegen die Blennorrhoe der Harnröhre, und zwar ergab ihm Argyrol die befriedigendsten Resultate (in 2—10%iger Lösung). Die Fälle, in welchen sie zur Anwendung kamen, hatten weniger von subjektiven Symptomen zu leiden, heilten rascher und hatten weniger Rezidive. Er zog aus seinen Fällen, wovon zehn kurz im Verlaufe beschrieben sind, folgende Schlüsse: 1. Silbersalzlösungen organischer und anorganischer Art, dringen nicht beträchtlich in die Tiefe der Schleimhaut ein; 2. der langwährende Druck irgendeiner Flüssigkeit auf die Harnröhrenschleimhaut verursacht eine temporäre Kompression der Kapillaren, nach Aufhören dieses Druckes folgt Erweiterung derselben, wobei vermehrte Leukocytosis durch die Gefäfswände hindurch stattfindet. Der Punkt des geringsten Widerstandes ist das Lumen der Harnröhre und dies führt zu rascher Abstofsung der Schleimhaut-(Epithel-)zellen; 3. die freien Gonokokken werden auf diese Weise auf die oberflächliche Schicht der Schleimhaut gebracht und hier können dann die Silbersalze ihre bakterizide Wirkung ausüben oder die mit Gonokokken beladenen Epithelialzellen werden weggespült, womit der Heilungsprozefs beginnt. Die vorzeitige Abstofsung der Epithelialschicht der Schleimhaut und die Hervorrufung lokaler Leukocytose kann durch irritierende Mittel oder auch durch Anwendung grofser Mengen Flüssigkeit (Irrigation mit schwachen Lösungen von Kal. permang.) oder von langausgedehntem Druck in der Harnröhre bewerkstelligt werden. *Stern-München.*

Über die Bedeutung des Ichthargans bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Richard H. Winckler. (Dissert. München 1903.) W. hat gefunden, dafs das Ichthargan bei der Behandlung der Blennorrhoe des weiblichen Genitaltraktes die Krankheitsdauer wesentlich abkürzt, ohne irgendwelche artefizielle Reizerscheinungen zu bewirken; die Erosionen bedecken sich in sehr kurzer Zeit mit neuem Epithel. In der Beeinflussung der Blennorrhoe des Mannes ist das Ichthargan den gebräuchlichen Mitteln nicht überlegen. *Fritz Loeb-München.*

Digitized by Google

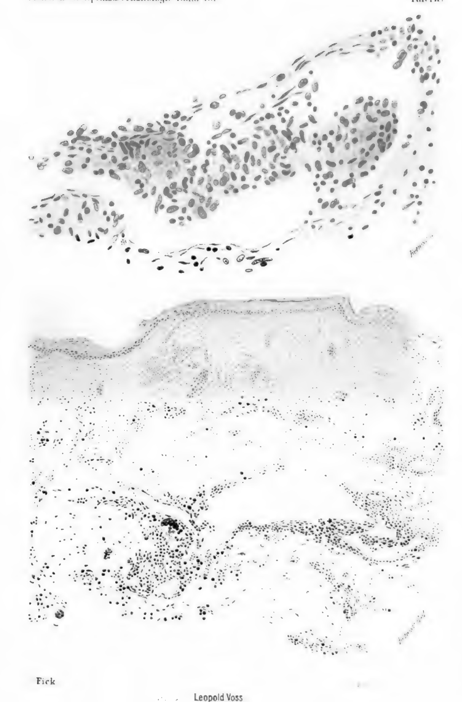
Verschiedenes.

Die Plasmobien des Denguefiebers, eine kurze Beschreibung ihrer frühesten Entwicklung, von H. A. Eberle-Greensboro. (*New York med. Journ.* 24. Dez. 1904.) Verfasser hatte als Militärarzt auf den Philippinen, und zwar auf einer der südlichst gelegenen Inseln, der Insel Sulu oder Jolo, Gelegenheit, das Denguefieber und dessen Ursachen zu studieren. Als Ursache der weiten Verbreitung des Denguefiebers auf Jolo, welches weder Rasse noch Geschlecht verschont, die Amerikaner aber in höherem Grade befiel als die Philippinos, Chinesen, Malayen, sieht er die poröse Beschaffenheit des dortigen Bodens und in zweiter Linie das zahlreiche Vorkommen einer Moskitovarietät, der Culex fatigans an, welch letztere die Plasmobien des Denguefiebers übertragen sollen. Das letztere kommt in seinem Temperaturverlauf einem doppelten Tertianatypus des Malariafiebers mit remittierendem Charakter nahe; das Prodromalstadium ist kurz, Schmerzen im Kreuz und in den Beinen, Kopfschmerzen, allmählich auf 39—40° C. steigende Temperatur sind ihre Anzeichen. Oft bekundet ein Anfall von Schwindel oder hochgradiger Schwäche den Beginn der Affektion. Verfasser fiel besonders ein am fünften bis siebenten Tage der Krankheit vorkommender hellroter Hautausschlag auf und der völlige Mangel von Reaktion des Fiebers auf hohe Chinindosen. Die Studien der Plasmobien nahm er am Blute vor, das unter nötigen Kautelen der Fingerspitze der Kranken entnommen wurde. Es wurden in den zahlreichen Präparaten rote Blutkörperchen, in welchen die Plasmobien lagen, frei im Serum schwimmende Parasiten, solche, bei denen frühzeitige Sporenbildung und reife Sporen nach Durchbrechung der einschliefsenden Membran zu sehen sind, und endlich auch Phagocyten, welche in ihren Maschen Myriaden von Dengueparasiten enthielten, gefunden. In all den Präparaten konnten aber keine Pigment- oder Melaninpartikelchen, wie bei der Tertiana der Malaria, konstatiert werden; in keinem Stadium der Krankheit fehlten die aktiven Parasiten in dem Blutplasma. Im allgemeinen zeigt der Zyklus, welchen der Dengueparasit vom frühesten Stadium der Sporulation durchmacht, eine grofse Ähnlichkeit mit der Entwicklung des gutartigen Tertianaparasiten bei Männern. Histologisch gehört der Dengueparasit zur Klasse der Sporozoen und, da er zuerst im Blutplasma gefunden wurde, gab ihm E. den Namen Plasmoebia. Die Sporen reifen im Verlaufe weniger Stunden und sind charakterisiert durch eine genaue Umgrenzung, welche ein blasses Protoplasma ohne Kern oder Kernchen einschliefst. Die reifen Plasmobien sind kleiner und viel beweglicher als die Amöben im Malariablut, so dafs es oft geübten Mikroskopikern schwierig wird, sie zu sehen oder zu verfolgen. Beim Denguefieber ist keine Milz- oder Lebervergröfserung vorhanden, Oligocythämie und Anämie sind häufig, besonders, wenn die Krankheit chronisch wird, was zuweilen vorkommt. Die Temperatur steigt beim Denguefieber allmählich in zwei bis drei Tagen auf 39—40° an, geht am nächsten Tage etwas zurück und ebenso die folgenden drei bis vier Tage, so dafs sie, wenn keine Komplikation eintritt, nach sechs bis sieben Tagen wieder die Norm erreicht; irgendeine scharfe Krisis kommt nicht vor. Chinin ist ohne Einflufs auf die Temperatur oder die Krankheit und wird höchstens in komplizierten Fällen kombiniert mit anderen antipyretischen Mitteln gegeben. Die kleinen Dengueparasiten färben sich wunderschön in schwacher Eosin- und Methylenblaulösung. Schliefslich hebt Verfasser hervor, dafs die Ergebnisse seiner Untersuchungen, welche im Juni bis September 1902 ausgeführt wurden, durch nachfolgende Forschungen bestätigt worden sind.

Stern-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google



Fick

Leopold Voss

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. №. 5. 1. März 1905.

Aus dem Laboratorium von Dr. E. Heuss, Privatdozent für Hautkrankheiten in Zürich.

Über einige Tropenkrankheiten der Haut.

Von

Dr. med. Henggeler
in Neu-Aegeri (Kant. Zug).

Mit sechs Tafeln.

In den Jahren 1896—1903 habe ich mich in Tebing tinggi-Deli (O.-K. Sumatra) aufgehalten, und bin unter dem zahlreichen Krankenmaterial, das mir als Arzt von verschiedenen Tabakspflanzungen zur Beobachtung stand, einer grofsen Anzahl von Hautkranken begegnet. Ich sah zahlreiche Fälle von Lepra, von Elephantiasis, von Framboesia tropicalis, von Tinea circinata und imbricata, von dem gemeiniglich mit Pityriasis versicolor identifizierten „Panu“, und von verschiedenen anderen, auch in Europa vorkommenden Hautkrankheiten.

Ich interessierte mich in der letzten Zeit speziell für die Framboesia tropicalis, sowie für Tinea imbricata und für „Panu“, und da ich eine Reihe einschlägiger Fälle in meinem Hospital in Tebing tinggi genauer zu untersuchen Gelegenheit hatte, halte ich mich für berechtigt, hier meine diesbezüglichen Beobachtungen wiederzugeben, und an Hand derselben, wie auch der einschlägigen Literatur etwas näher auf die Besprechung dieser Hautaffektionen einzutreten. Im Anschlufs daran möchte ich auch über das Resultat meiner histologischen Untersuchungen berichten, die an in vivis entnommenem Krankheitsmaterial vorgenommen wurden.

Ich habe dabei von Herrn Privatdozent Dr. Heuss in Zürich in mannigfachster Weise Anregung und Unterstützung erhalten, und möchte ihm dafür auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank abstatten.

I. Framboesia tropicalis.

Die Framboesia tropicalis ist überall in den tropischen Küstenlandschaften der Erde zu Hause, und herrscht hier sowohl, wie auch in vielen angrenzenden subtropischen Gegenden endemisch. Über die Geschichte

Digitized by Google

und die **geographische Verbreitung** der Frambösie geben speziell VAN DE BURG, ROUX, JEANSELME, besonders SCHEUBE, reichlichen Aufschlufs. Sie führen ebenfalls eine Menge von Namen an, welche der Krankheit in den verschiedenen Ländern beigelegt worden sind, und welche früher nicht wenig zu Verwirrung und Verwechslung mit ähnlichen Krankheiten Anlafs gegeben haben. Die gebräuchlichsten Bezeichnungen für Frambösie sind: (engl.) Yaws, (franz.) Pian; CHARLOUIS hat für die Krankheit den Namen Polypapilloma tropicum vorgeschlagen. In der Gegend, wo ich praktizierte (Deli-Sumatra), wird die Erkrankung von den eingeborenen malayischen Stämmen Puru genannt; die als Pflanzungsarbeiter nach Deli eingewanderten Javanen, mit denen der europäische Arzt viel mehr in Berührung kommt, als mit den Malayen, bezeichnen die Krankheit mit dem Namen: Pathek. Nach Angabe zahlreicher Arbeiter aus verschiedenen Teilen Javas soll die Frambösie dort ungemein verbreitet sein, und die meisten javanischen Männer und Frauen, welche ich darüber befragte, behaupteten, schon in ihrer Jugend Pathek durchgemacht zu haben. Der Befund von Narben aus ulcerierten Frambösieknoten bei vielen von ihnen liefs auch ihre Angaben als sehr wahrscheinlich erscheinen. R. KOCH dagegen äufsert die Ansicht, dafs in Java die Frambösie nicht häufig sei, weil er auf seiner Reise nach Indien und Neu-Guinea in Niederländisch-Indien keinen Fall von Frambösie gesehen habe.

Wie grofs die Häufigkeit des Auftretens der Frambösie in Java auch sein möge, Tatsache ist, dafs in Deli (Sumatra) die Frambösie sehr verbreitet ist, sowohl unter den einheimischen malayischen Stämmen, wie auch unter den eingewanderten Pflanzungsarbeitern, speziell den Javanen. Ich selbst habe Frambösie in der Gegend meiner Praxis sehr oft gesehen, bei Kindern und Erwachsenen, und gleiches weifs ich aus anderen Gegenden Delis von Kollegen und von Laien, mit denen ich darüber sprach. Nach Angabe von malayischen Gewährsmännern, die ich oft über Frambösie befragte, wird jedes malayische Kind von Pocken (Katumbuan) und von Frambösie (Puru) befallen. Dank der durch die Europäer eingeführten Schutzpockenimpfung, deren Zweckmäfsigkeit die Malayen meiner Gegend vollkommen würdigen, sind die Pocken nun allerdings nicht mehr so häufig; aber gegen Frambösie kennen wir keine Vorbeugungsmittel, und so erkranken fast alle Kinder an ihr. Nach der einfachen, fatalistisch-optimistischen Weltanschauung der Leute ist es sogar gut, wenn die Kinder durch den Puru-Ausschlag alle schädlichen, scharfen Stoffe des Körpers ausscheiden, um sich nachher um so kräftiger entwickeln zu können. Ähnlichen Ansichten über den wohltätigen Einflufs der Frambösie auf die spätere körperliche Entwicklung huldigen die Fidji-Insulaner (SCHEUBE und H. HALLEN), die Bewohner der Oeleasers

(Neeb), und voraussichtlich auch die anderen „Natur“-Völker, bei denen die Frambösie endemisch herrscht. Ja auf den Fidji-Inseln sollen die gesunden Kinder mit Frambösie infiziert werden (Scheube), und Johnson meldet von Lagos, dafs die dortigen Bewohner, speziell die Ljebus, den Segenswunsch „auf gute Gesundheit“ in die Worte kleiden: may the yaws visit your family!

Definition. Die Framboesia tropicalis ist eine chronische, contagiöse Infektionskrankheit, für die das Auftreten von warzenähnlichen Knoten charakteristisch ist, die überall über die ganze Körperoberfläche zertreut sein können; Schleimhäute und innere Organe bleiben von der Krankheit unberührt.

Krankheitsgeschichten. Von den zahlreichen Beobachtungen, welche ich in meinem Hospital in Tebing tinggi - Deli zu machen Gelegenheit hatte, zeigen folgende besonders typische Krankheitsbilder.

Kasuistik.

1. Fall Ratmann (Tafel Nr. 3 u. 4);
2. Fall Kromosowaredjo (Tafel Nr. 5);
3. Fall Kaniam (Tafel Nr. 6).

Krankengeschichten.

Fall I. Ratmann, Javane von Soerabaja, von Bahsoemboe-Estate. Aufgenommen im Hospital am 22. November 1902.

Anamnese: Patient war früher immer gesund gewesen, hatte speziell niemals eine Haut- oder Geschlechtskrankheit, niemals Pathek durchgemacht. Bei der Arbeit hatte sich Patient auf der Vorderseite des linken Fufsgelenkes eine kleine Schürfung zugezogen, die keine Heilungstendenz zeigte und sich mit der Zeit in ein schmierig belegtes Geschwür verwandelte. Ich sah den Patienten auf Bahsoemboe im Estateshospital am 23. Oktober und am 4. November. Am 5. November soll leichtes Fieber, Schmerzen in den Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenken rechts und in den Hüft- und Kniegelenken beider Beine aufgetreten sein; daneben bestand ein unangenehmes Kitzelgefühl und Jucken am Kinn, und in der folgenden Nacht seien die ersten Effloreszenzen erschienen. Es kamen immer neue Effloreszenzen hinzu, und immer soll ein lebhaftes Jucken an der betreffenden Stelle vorausgegangen sein.

Bei seiner Aufnahme am 22. November zeigte Patient folgenden Status:

Kräftig gebauter Mann; interne Organe lassen keine Veränderungen nachweisen.

Über dem linken Fufsgelenk besteht ein dem Vernarben nahes Geschwür, das über das Hautniveau leicht erhaben ist. Zerstreut über den ganzen Körper sind eine Unmasse von Effloreszenzen, welche sämtlich das Hautniveau überragen, zum Teil noch eine Epidermisdecke haben und dann ein gelbliches Zentrum zeigen, zum Teil aber (z. B. im Gesicht) keine Epidermisdecke mehr haben, sondern mit einem gelbbraunen, schmierigen Belag versehen sind. Hebt man die Epidermisdecke weg, oder wischt man den Belag fort, so erscheint eine rote, kleinen Granulationen von unfrischem Aussehen ähnliche Unterlage. Stellenweise sind einzelne Effloreszenzen zusammengeflossen, so z. B. um den Anus herum. Auch auf dem Penis, Scrotum, regio pubis verschiedene Effloreszenzen. Diese Knötchen, wie auch die Muttereffloreszenz, das Pathek-ma über dem linken Fufsgelenk fühlen sich nicht verhärtet an, die Resistenz

gegenüber normaler Haut ist aber bei Betastung leicht vermehrt; die einzelnen Effloreszenzen sind gegen die gesunde Haut abgrenzbar, und auf der Unterlage vollkommen verschieblich.

Besonders gehäuft sind die Effloreszenzen auf der Beugeseite des rechten Armes, am Kinn, Gesicht, auf der oberen Brust. Auch auf der Kopfhaut, von den Haaren verdeckt, sind zahlreiche Effloreszenzen; dadurch ist aber kein Haarausfall bedingt, sondern die Haare haften auch an den Stellen des Ausschlages recht fest.

Die Fufssohlen sind vollkommen frei; in den Handtellern sind einige dunkle, runde, schuppende Stellen.

Conjunctiven nicht gerötet, keine Iritis; keine vermehrte Nasensekretion. Die Schleimhaut des Mundes ist etwas geschwellt, so dafs an der Wangenschleimhaut die Zahneindrücke gut sichtbar sind. Dagegen ist das Zahnfleisch nicht blutend; Gaumen und Rachen nicht gerötet. Stimme klar, kein Husten. Kein Ausflufs aus der Urethra. Stuhlgang nichts besonderes; kein Schleim und kein Blut den Fäces beigemischt. Die Lymphdrüsen sind hauptsächlich da gut fühlbar, wo sie einer Anhäufung von Effloreszenzen entsprechen. Ihre Betastung ist entschieden schmerzhaft.

Vom 26. November bis 6. Dezember bestand allgemeines Unwohlsein, Hitzegefühl und Kribbeln im Kopf. Das Gesicht war deutlich gerötet. Temperatur subfebril (37,8 bis 37,2°). Verschiedene Gelenke zeigten sich bei aktiver und passiver Bewegung schmerzempfindlich. Keine Erscheinungen von seiten der Schleimhäute, oder von seiten der inneren Organe. Urin ohne Blut, ohne Eiweifs; Diazoreaktion negativ.

Zwischen den älteren, zum Teil bereits eintrocknenden Effloreszenzen erschienen am 4. Dezember kleine Roseolen; am 5. Dezember begannen die geröteten Stellen sich über das Hautniveau zu erheben; es bildeten sich kleine Papeln, deren Zentrum hier und da gelblich verfärbt war, und einigermafsen Ähnlichkeit mit Akneknötchen erlangten. Andere kleine Papeln zeigten in der Mitte ein kleines Bläschen, dessen Inhalt in den folgenden Tagen zum Teil eitrig wurde, zum Teil eintrocknete. Allmählich entwickelten sich aus diesen Knötchen resp. Pustelchen typische, gröfsere und kleinere Frambösieknötchen.

Die Gelenke der linken Hand (Finger-, Handgelenk) bleiben bei passiven Bewegungen entschieden schmerzhaft, bei anderen Gelenken kann eine Schmerzhaftigkeit nicht mit Bestimmtheit eruiert werden; dabei zeigen keine der Gelenke Schwellung usw. Die Betastung der Drüsen ergibt am 6. Dezember folgendes: Occipital-Submaxillardrüsen ganz wenig geschwollen, ebenso die Inguinal- und Femoraldrüsen beiderseits; Cubitaldrüsen rechts geschwollen, links nicht; Axillardrüsen beiderseits leicht geschwollen. Cervicaldrüsen nicht geschwollen. Die geschwollenen Drüsen beiderseits sind bei leichtem Druck schmerzempfindlich.

8. Dezember. Patient klagt über erneutes Jucken auf der Stirn und dem behaarten Kopf, und es erscheinen auch in den folgenden Tagen einige neue Effloreszenzen.

26. Dezember. Die gröfste Zahl der Effloreszenzen ist am Eintrocknen; doch treten zeitweise wieder kleine akneknötchenähnliche Effloreszenzen auf in spärlicher Anzahl, da und dort über den Körper zerstreut. Die Gelenke und auch die regionären Lymphdrüsen sind nicht mehr schmerzhaft, die meisten Drüsen auch nicht mehr geschwollen.

10. Januar 1903. Der Heilungsprozefs schreitet vorwärts, ohne dafs derselbe nach dem erhaltenen Eindruck durch das verabreichte Arsenik beeinflufst würde. Patient, dessen Allgemeinbefinden eine Zeit lang entschieden gelitten hatte (Abnahme des Appetites, Sinken des Körpergewichtes), fühlt sich bedeutend kräftiger. Der Hämoglobingehalt (Sahli) beträgt am 19. Januar 70 %. Urin stets frei von Eiweifs, Zucker, Diazo.

Digitized by Google

10. Februar. Es beginnt wieder eine neue Eruption unter dem Kinn und auf dem Hals, die sich mit Jucken, allgemeinem Unwohlsein, leichtem Fieber ankündigte. Patient erhält statt des Arsenik nun Jodkalium.

25. Februar. Die neuen Effloreszenzen blieben klein, und haben sich zurückgebildet, bevor gröfsere Papeln entstanden waren. Auch die alten Effloreszenzen sind alle verschwunden, mit Ausnahme einer auf der Brust und einer auf dem linken Vorderarm. Die Drüsenschwellungen sind alle vollständig verschwunden. Patient fühlt sich ganz wohl und kräftig und wünscht nach Hause zurückzukehren. Hämoglobingehalt 90 %. Nirgends haben die Effloreszenzen Narben zurückgelassen, sondern nur dunkelpigmentierte Stellen. Der Knoten auf dem linken Vorderarm ist noch nicht vollständig eingetrocknet.

Am 4. März 1903 verläfst Patient das Hospital; doch kehrt er im November 1903 mit einer neuen Eruption zurück, die der ersten ganz ähnlich, aber viel weniger ausgebreitet ist. Nirgends erreichen die Papeln die frühere Gröfse, und sie erscheinen mir auch weniger succulent, wie diejenigen der ersten Eruption.

Nach 14 tägigem Gebrauch von Jodkalium verläfst Patient wieder das Hospital.

Fall II. Javane Kromosowaredjo von Pabatoe-Estate, 18 Jahre alt.

Sehr kräftiges muskulöses Individuum, dessen innere Organe nichts besonderes aufweisen. Er ist seit sieben Monaten krank, und führt sein Leiden auf eine kleine Wunde zurück, welche er am rechten Bein durch ein fallendes Stück Holz sich zugezogen hatte. Als diese Wunde juckte, und er sie kratzte, wurde sie immer gröfser, es bildete sich allmählich ein Geschwür, das eiterte, und später die Haut überragte. Zirka ein bis zwei Monate später, während welcher Zeit Patient stets arbeiten konnte, trat unter starkem Fieber, das zwei Tage dauerte, über den ganzen Körper ein Hautausschlag auf, der unter Hospitalbehandlung (Sublimatbäder) ziemlich rasch heilte. Patient kehrte zur Arbeit zurück, doch nun ist das alte Geschwür neuerdings aufgebrochen, und es sind auch wieder am übrigen Körper Effloreszenzen erschienen, welche den ersten vollständig ähnlich sind.

Dieses Rezidiv führt Patient auf Genufs von Ziegenfleisch zurück. Seine Frau, mit der Patient ca. ein Jahr verheiratet ist, erweist sich bei Untersuchung vollkommen gesund; Kinder hat Patient nicht. Im Gegensatz zu seinen Geschwistern sei Patient in seiner Kindheit von Pathek verschont geblieben. Geschlechtskrankheiten stellt Patient entschieden in Abrede, und es läfst sich auch objektiv nichts nachweisen. Die Beschwerden von seiten der Erkrankung bestehen nun in starkem Jucken und Brennen, das immerhin den Schlaf nicht stört. Appetit usw. in Ordnung. Leichte Schmerzen in dem rechten Knie und dem linken Ellenbogengelenk.

Status: Etwa handbreit oberhalb des äufseren Knöchels des rechten Fufses ein unregelmäfsig geformtes, mit buchtigen Rändern versehenes Geschwür, über fünffrancsstückgrofs und über die Haut erhaben. Das Geschwür ist zum Teil mit einer Kruste bedeckt, näfst ziemlich stark. Nach Abheben der Kruste kommt eine schmierige Granulationsfläche zum Vorschein. Die Ränder sind ganz wenig infiltriert, nicht verhärtet; die Umgebung ist nicht entzündlich gerötet. Dieses „Geschwür“ wird von Patienten als Stelle der Infektion, als Pathek-ma bezeichnet. Nebenher bestehen folgende Effloreszenzen: Eine kleine, bereits trockene Effloreszenz über dem rechten Knie; eine kleine, nässende Effloreszenz in der rechten Inguinalbeuge; ein nässendes Knötchen am Übergang der Haut des Penis in den Hodensack; in der rechten Achselhöhle zwei etwa francsstückgrofse, mit Krusten bedeckte, stark erhabene Knoten; eine Gruppe von vier ähnlichen Knoten in der linken Achselhöhle; zahlreiche in einer Gruppe vereinigte Knoten unter dem linken Unterkiefer. Das linke Nasenloch ist durch eine Effloreszenzengruppe, welche den gröfsten Teil des Nasenloches einnimmt,

obliteriert, so daſs nur wenig Luft durchgejagt werden kann. Eine groſse Effloreszenz an der Stirnhaargrenze, etwas links von der Mittellinie. Eine Effloreszenz von etwa Haselnuſsgröſse in der Nackengegend, rechts von der Mittellinie; neben dieser, mit einer Kruste bedeckten Effloreszenz befinden sich zwei kleinere von Stecknadelkopf- bis Reiskorngröſse. Die kleinere Papel hat noch eine unverletzte Hautoberfläche, während die gröſsere in der Mitte einen kleinen, nässenden Epidermisdefekt zeigt. Das Zentrum der Papeln ist etwas gelblich verfärbt; ein entzündlicher Hof ist nicht wahrzunehmen, auch keine Infiltrationszone. (Diese zwei Papeln werden mit der Schere entfernt, in Alkohol mit 2% Formalin gelegt.) Fuſssohlen und Handteller mit Schwielen, ohne besondere Veränderungen, nicht schmerzhaft. Neben all den erwähnten Effloreszenzen bestehen noch zum Teil heller, zum Teil etwas dunkler verfärbte (z. B. in der linken Achselhöhle) Flecken, wo nach Angabe des Patienten früher ganz gleiche Effloreszenzen bestanden hatten.

Es ist keine allgemeine Lymphadenitis nachweisbar; dagegen sind die den Effloreszenzen entsprechenden regionären Lymphdrüsen geschwellt, und wenn auch nicht schmerzhaft, so doch leicht druckempfindlich.

Schleimhaut des Mundes und Rachens intakt; keine Erscheinungen von seiten des Darmes; kein Ausfluſs aus der Urethra. Keine Augen-, keine Ohrenerkrankung, keine Knochenanschwellungen.

Patient erhält Jodkalium innerlich; dann werden die Knoten nach inländischer Behandlungsweise mit einem Brei von Cupr. sulfur. und Wasser bestrichen. Patient wird nach vier Wochen mit vollständig abgeheiltem Ausschlag aus dem Hospital entlassen. Nach zirka fünf Monaten aber kommt er von neuem in Behandlung mit einem Rezidiv, das nur in einer Effloreszenz am Naseneingang, zwei Effloreszenzen am Halse und einer Effloreszenz in der linken Achselhöhle besteht. Unter Jodkaliumbehandlung gehen die Erscheinungen sehr schnell zurück. Allgemeinbefinden vollkommen ungestört.

Fall III. Kling Kaniam von Sibarau-Estate.

Patient ist schon seit einem Jahre krank. Damals trat am Kinn ein kleines „Eiterbläschen“ auf, das stark juckte und durch Kratzen sich allmählich zu einem immer gröſser werdenden Geschwür umbildete, das später sich über das Hautniveau erhob, und keine Neigung zur Heilung zeigte. Inzwischen aber erschienen erst am Penis und dann über den ganzen Körper Effloreszenzen, welche mit den heute bestehenden keinen Unterschied aufweisen. Niemals bestand Fieber; als einzige subjektive Beschwerden gibt Patient Jucken, Schmerzen in den Gelenken speziell den Ellenbogengelenken an. Durch einen Landsmann wurde dem Patienten eine Medizin verabreicht, welche in einer gerösteten Wurzel bestand, und zusammen mit Zucker innerlich genossen wurde. Ein Erfolg der Behandlung blieb aus; Patient wurde in das Hospital geschickt und hier mit Sublimatbädern behandelt. Nach zwei Monaten war Patient geheilt und blieb es für die Dauer von zwei weiteren Monaten.

Nun erschien der gleiche Ausschlag von neuem und zwar zuerst am Kinn, dann über den übrigen Körper.

Status. Kräftiger Mann von ca. 30 Jahren, von gutem Ernährungszustand. Innere Organe erweisen sich vollkommen intakt. Körpertemperatur normal. Im Gesicht eine Anzahl von ziemlich stark nässenden, schmierig belegten, das Hautniveau überragenden Papeln, die in Gruppen zusammenstehen und zum Teil mit einander konfluieren. Die gröſste dieser Gruppen ist auf die rechte Seite des Kinnes lokalisiert, andere kleinere Gruppen stehen auf der linken Kinnseite, auf der Grenze des Lippenrotes, und zwar an den beiden Mundwinkeln, und in der Mitte der Ober- und Unterlippe. Hier, wie auch in der Gegend des Kinnbartes ist kein Haarausfall zu konsta-

tieren. Die Haare lassen sich auch nicht mit größerer Leichtigkeit ausziehen. Eine weitere Gruppe ist um das rechte Nasenloch herumgestellt; andere liegen in den beiden Augenbrauenbogen. Andere Effloreszenzen, die weniger nässen und mit Krusten bedeckt sind, befinden sich auf der Brust, hauptsächlich rechterseits, und auf dem Abdomen links vom Nabel, zwei auf dem Rücken.

Rings um die Harnöffnung herum ist eine Gruppe von nässenden, nur wenig über das Niveau hervorragenden Effloreszenzen.

Zwei fast eingetrocknete Effloreszenzen an den Beinen.

Zahlreiche Flecken, über den ganzen Körper zerstreut, weisen auf den Sitz der früheren Effloreszenzen hin.

Submaxillardrüsen beiderseits deutlich vergrößert; Inguinaldrüsen sehr unbedeutend geschwellt, Cubital-Occipital-Axillardrüsen nicht intumesziert. Keine nachweisbaren Veränderungen der Schleimhäute usw. Behandlung: Jodkalium intern; Aufstreuen von Cupr. sulfur. pulverisiert. Eine einzelstehende Papel wird herausgeschnitten.

Nach zehn Tagen sind die meisten Papeln schon eingetrocknet, nach drei Wochen wird Patient geheilt entlassen.

Sechs bis sieben Monate später sah ich auf der Estate den Patienten mit einem leichten Rezidiv, das sich hauptsächlich in Effloreszenzen am Kinn äußerte. Patient wird ambulant mit Jodkalium behandelt.

Klinisches.

Die Inkubationszeit, welche den sichtbaren Erscheinungen der Frambösie vorausgeht, ist von wechselnder Dauer, und es gehen die diesbezüglichen Angaben der Autoren auseinander. Charlouis hat für die experimentell erzeugte Frambösie die Inkubationszeit auf 14—22 Tage bestimmt, bei natürlicher Infektion aber soll sie selbst 3—5 Monate dauern können. Gewand, der seine Erfahrungen in Surinam gesammelt hat, berichtet, daß nach der Inokulation oder Infektion die ersten Erscheinungen sich schon in 8—12 Tagen zeigen können; Manson läßt die Inkubation sich auf 2 Wochen bis 6 Monate erstrecken; nach Roux wechselt sie von 6 Wochen bis 3 Monaten und Jeanselme meint, daß die ersten Zeichen der Erkrankung nicht vor dem 15. Tage eintreten. In den von mir behandelten Fällen betrug die Inkubation — insofern ich überhaupt einigermaßen zuverlässige Angaben erhalten konnte — 3—6 Wochen.[1]

Ob dem ersten Inkubationsstadium auch immer Prodromalerscheinungen folgen, ist nicht mit Sicherheit bestimmt. Ich selbst erhielt bei meinen Patienten darüber keine zuverlässigen Angaben. Pon-

---

[1] Sollte die exzessiv lange Dauer der Inkubation, wie Charlouis und Manson sie angeben (5—6 Monate) vielleicht nicht darauf zurückzuführen sein, daß die Zeit berechnet wurde von der Infektion bis zum Auftreten des über den ganzen Körper zerstreuten Ausschlages, statt nur von der Infektion bis zum Erscheinen der Mutter-effloreszenz? Diese letztere wird ja oft übersehen, und wie ich weiter unten erwähnen werde, dauert die Zeit vom Auftreten der Muttereffloreszenz bis zur Allgemeineruption 1—3 Monate.

Toppidan und Gewand negieren überhaupt das Vorkommen von Prodromalsymptomen. Neeb sagt, dafs sie bei Kindern fast ganz fehlen, bei Erwachsenen dagegen in leichtem Fieber bestehen, während Charlouis in 28 Fällen von 32 Initialsymptome gesehen hat, die sich äufserten in Fieber, Knochenschmerzen, Magenstörungen usw. Auch andere Autoren (Maxwell, Imray, Nicholls) haben nach N. Rat gleiche Beobachtungen gemacht.

Muttereffloreszenz. Aus den oben angeführten Krankengeschichten geht hervor, dafs die Patienten sich im Beginne irgendeine kleine Wunde, irgendeinen Epidermisdefekt zugezogen hatten. An dieser Stelle bildet sich ein torpides Geschwür. Die Grunulationen, die ein unfrisches Aussehen haben, fangen aber allmählich an, stark zu wuchern. Es bildet sich inmitten des Geschwürs ein fungöser Tumor von wechselnder Gröfse, der das Hautniveau mehr oder weniger überragt. Die Geschwürsränder sind nach meinen Beobachtungen niemals ausgesprochen unterminiert, nicht scharf abfallend, öfters dagegen leicht infiltriert. Niemals aber kann man eine Verhärtung konstatieren, die auch nur im entferntesten an ein Ulcus durum erinnern würde; viel eher würde der Vergleich passen mit einem Ulcus molle, den Charlouis gebraucht hat. Das Geschwür mit dem fungösen Tumor bezeichnen die Malayen als Ibu-Puru (jav.: Pathek-ma), als Muttereffloreszenz der Frambösie, und ich möchte diese Bezeichnung vorziehen gegenüber den von anderen Autoren gebrauchten Namen, wie Initialeffloreszenz und Primäraffekt, um jede Anlehnung an die bei Lues gebrauchten Ausdrücke zu vermeiden.[1]

Die Muttereffloreszenz juckt meist ziemlich stark und blutet leicht. Ungemein häufig sitzt sie nach meinen Beobachtungen an den unteren Extremitäten, und dies ist ja auch nicht verwunderlich für den, der weifs, welch zahlreichen kleinen Verletzungen (durch das starre Buschgras, Lalang, durch Holzstümpfe, durch die zahlreichen Blutsauger usw.) gerade die nackten Beine der inländischen Landarbeiter ausgesetzt sind. Gleiche Mitteilungen über den vorwiegenden Sitz der Muttereffloreszenz an den unteren Extremitäten machen Numa Rat, Neeb und andere Autoren. In anderen Fällen entwickelt sich die Muttereffloreszenz aus einem kleinen „Eiterbläschen" (wie in unserem Fall III) oder aus einem Furunkel (in einem von mir beobachteten Fall bei einer javanischen Tochter), die wegen Jucken gekratzt und dabei wohl infiziert worden waren. Bei Kindern sitzen die Muttereffloreszenzen seltener an den Extremitäten, häufiger im Gesicht oder an anderen Körperstellen. Bei

[1] Nach den Mitteilungen Krämers wird die Muttereffloreszenz auf Samoa Ta'i d. i. Vorbote, Leiter genannt; in Westindien, Afrika usw. gebraucht man die Bezeichnungen: Mother-, mammy-, grandy-yaws, maman-pian usw.

Digitized by Google

stillenden Frauen zeigt sich die Frambösie oft zuerst an der Brust, und Jeanselme meldet aus Laos und Cambodja, Hallen aus den Fidji-Inseln Beobachtungen, nach welchen Frauen, durch die säugenden Kinder infiziert, an der Brust Framböseknoten aufwiesen. Ich selbst möchte hier eine gleiche diesbezügliche Krankengeschichte anführen.

Fall IV. Javanische Frau Sappi und Kind Saridja. (Tafel 8.)

Das Kind Sarida erkrankte durch Ansteckung von seinem Spielgenossen, dem Mädchen Tomblok, das ich früher ambulatorisch an Frambösie behandelte, und das nach Angabe von dessen Eltern seine Krankheit sich ebenfalls von einer anderen Kameradin zugezogen hatte. Die Initialeffloreszenz befand sich bei Sarida am Fuſs, die meisten anderen Effloreszenzen saſsen um den Mund herum.

Die Mutter Sappi wurde durch das Kind infiziert, das sie stets noch säugte (Sarida war bereits drei Jahre alt), und zwar entwickelten sich bei der Mutter die Framböseknoten hauptsächlich an der linken Brust, wo früher eine Schrunde bestanden hatte. Die Mutter gibt ganz deutlich an, daſs sie früher niemals Frambösie gehabt habe. Das Allgemeinbefinden sowohl von der Mutter als auch vom Kind waren nicht gestört; die Mutter reichte auch dem Kinde immer noch die linke Brust. Weder Mutter noch Kind zeigten allgemeine Lymphadenitis, es waren nur die regionären Lymphdrüsen (bei der Mutter die linksseitigen Achseldrüsen, bei dem Kinde die rechtsseitigen Submaxillardrüsen) geschwollen und druckempfindlich.

Unter Jodkaliumbehandlung von Mutter und Kind trat im Verlaufe eines Monats soweit Besserung ein, daſs sie auf Wunsch des Mannes nach der Estate zurückkehren konnten.

Während des Hospitalaufenthaltes zeigten sich niemals Fieberbewegungen, keine neuen Eruptionen; überhaupt machte die Erkrankung einen gutartigen Eindruck, wie sie auch bei dem Kinde Tomblok — der angeblichen Infektionsquelle — einen recht milden Verlauf genommen hatte.

Fünf Monate später aber wurden Mutter und Kind von neuem ins Hospital gebracht, weil der Ausschlag auf der Brust (bei der Mutter) und im Gesicht (bei dem Kind) wieder florider geworden war. Innerhalb 14 Tagen trocknen die Effloreszenzen bei Jodkaliumgebrauch wieder ziemlich ein, so daſs die Patienten entlassen zu werden wünschten.

Während man also in vielen Fällen mit aller Sicherheit (s. Fall I) eine Muttereffloreszenz nachweisen kann, wird sie in anderen, vielleicht ebenso zahlreichen Fällen von den Patienten übersehen, und diese erkennen die Krankheit erst, wenn es zur Allgemeineruption gekommen ist. Die Muttereffloreszenz bietet eben auch dem Arzte keine genügenden Characteristica zu einer sicheren Diagnose. So faſste ich bei dem Javanen Ratmann (Fall I) erst bei meinem zweiten Besuche den Verdacht, daſs das Geschwür auf der Vorderseite des linken Fuſses mit seinen unfrisch aussehenden, üppigwuchernden Granulationen die Muttereffloreszenz von Framböse sein könnte; aber sichere Anhaltspunkte hatte ich keine. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, was Numa Rat und Bestion (vide Brault) über das Beginnstadium der Muttereffloreszenz der Framböse mitteilen. Ihre Beschreibungen gehen etwas auseinander. Numa Rat sagt, daſs sich am Körper irgendwo eine einzelne Papel zeigt, die allmählich ulceriert

und immer gröfser wird, um schliefslich mit Narbenbildung zu heilen. BESTION dagegen ist anderer Ansicht. Denn nach ihm entsteht erst ein Bläschen, das offen gekratzt sich immer wieder von neuem bildet und gröfser wird. Um dieses zentrale Bläschen zeigen sich peripherwärts neue Bläschen, die allmählich konfluieren; aus dem zentralen Bläschen dagegen erhebt sich mit der Zeit ein zerklüftetes Granulom.

Zweites Inkubationsstadium. Bevor es nach dem Auftreten der Muttereffloreszenz zur Allgemeineruption kommt, verstreicht verschieden lange Zeit. Gewöhnlich dauert es einen bis drei Monate, während welchen die Muttereffloreszenz nur in Ausnahmefällen schon abgeheilt ist; gewöhnlich bleibt sie noch längere Zeit bestehen, ja sie kann selbst den allgemeinen Hautausschlag überdauern. Alle Literaturangaben sind darin einig, dafs der Allgemeineruption deutliche Prodromalerscheinungen vorausgehen und sich in verschieden starker, oft sehr erheblicher Intensität äufsern. Sie sind auch bei Kindern vorhanden, und bestehen hier in Fieber, allgemeiner Mattigkeit und Abgeschlagenheit, Erbrechen, Diarrhoe usw. Bei Erwachsenen ist das Prodomalstadium oft sehr stark ausgesprochen. Das Fieber kann sehr hoch gehen, nach VAN DE BURG selbst bis auf 40° steigen. Dadurch sind auch Störungen des Allgemeinbefindens bedingt: Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schwäche, gestörter Schlaf, Appetitlosigkeit usw. Fast immer — in den meisten von mir beobachteten Fällen — traten Gelenkschmerzen hinzu, die oft sehr heftig waren und den Patienten ans Lager fesselten. Besonders heftig waren diese Gelenkschmerzen in einem von mir beobachteten Fall, den ich deswegen hier etwas ausführlicher erwähnen möchte.

Fall V. Malaye Tommasi von Sibarau-Estate. (Tafel Nr. 7.)

Der Malaye Tommasi, welcher als Reispflanzer mit seinen Verwandten sich auf dem Gebiete der Pflanzung Sibarau aufhielt, wurde mir in das Hospital zugeschickt, weil er vielleicht pockenkrank sei.

Die Anamnese ergab, dafs Patient schon vor sechs Monaten einen Hautausschlag gehabt habe, welcher dem jetzigen vollkommen ähnlich gewesen sei. Patient ist nun zehn Tage lang krank. Der Erkrankung gingen hohe Körpertemperaturen voraus, und es bestanden so lebhafte Gelenkschmerzen, dafs Patient überhaupt nicht mehr gehen konnte. Diese Schmerzen bestehen jetzt noch, allerdings in geringerem Grade, fort, in den Hüft-, Schulter- und Ellenbogen-Gelenken, die nicht gerötet und nicht geschwollen sind. Jede aktive und passive Bewegung ist sehr empfindlich, auch Druck ist schmerzhaft im Gebiete des Gelenkes selbst, als auch in den angrenzenden Partien. Das Allgemeinbefinden hat in den letzten Tagen bedeutend gelitten, Appetit herabgesetzt. In den ersten Tagen bestand ein äufserst lebhaftes Jucken, das nun, nach Ausbruch des Ausschlages viel geringer geworden ist.

Der ganze Körper ist mit einer Unzahl von Effloreszenzen bedeckt, welche sich im Gesicht, hauptsächlich in der Stirn, Wangen- und Kinngegend und speziell auch an den Nasenlöchern vorfinden; auch am Halse sind zahlreiche Effloreszenzen, ebenso in den Ellenbogenbeugen; weniger zahlreich sind die Effloreszenzen über den übrigen Rumpf und die unteren Extremitäten verstreut. Die Effloreszenzen im Gesicht und

Digitized by Google

Hals, welche zuerst aufgetreten sein sollen, ca. fünf Tage vor den übrigen, sind stark über die Hautoberfläche erhabene, rundliche Knoten vom himbeerförmigem Aussehen. Die Knoten sind weich, schmierig belegt, zum Teil mit einer Kruste bedeckt. Nach Entfernung des Belages oder der Kruste liegt eine leicht blutende, spitzen Fleichwarzen ähnliche Oberfläche zutage. Die nach Angabe des Patienten jüngsten Effloreszenzen sind noch mit einer Epidermisdecke versehen, unter der sich bei einzelnen eine seröse, nur leicht getrübte Flüssigkeit angesammelt hat, bei den weitaus meisten aber liegt die Epidermisdecke der Unterlage mehr weniger fest auf.

Neben diesen Effloreszenzen sieht man hauptsächlich auf der Brust und dem Gesicht dunkel pigmentierte Flecken, nach Angabe des Patienten die Stellen des früher bestandenen, nun abgeheilten Ausschlages. Schleimhaut des Mundes und des Rachens vollständig intakt; die an den Nasenlöchern in einander konfluierten Knoten besetzen nur den Naseneingang, und erstrecken sich nicht auf die eigentliche Schleimhaut der Nase. Keine Iritis, keine Otorrhoe. Darmfunktionen unverändert. Drüsen der Inguinal- und Cruralgegend kaum geschwellt; Cubitaldrüsen sehr wenig vergröfsert. Drüsen in den Achselhöhlen, am Unterkieferrand deutlich fühlbar; diejenigen in den Achselgegenden leicht druckempfindlich. Abendtemperatur 37,8. Patient betrachtet seinen Ausschlag selbst als Puru, und glaubt, von einem jüngeren Schwesterchen, das vor einem Jahre diese Krankheit gehabt habe und nun vollkommen geheilt sei, beim Spielen usw. angesteckt worden zu sein. Da seine Affektion ja vollkommen unschuldiger Natur sei, möchte er sich nicht der Hospitalbehandlung unterziehen, um so weniger, da er fürchtet, dafs durch eine beschleunigte Abheilung des Ausschlages seine Gesundheit Schaden leiden könnte. Auch seine Mutter und die übrigen Anverwandten dringen auf baldigste Entlassung aus dem Hospital, die dann auch gewährt werden mufs. Patient will zu Hause sich vorläufig nur häufig mit kaltem Wasser waschen, und erst nach ca. zwei Monaten, wenn der Ausschlag vollkommen ausgebrochen und bereits am Eintrocknen sei, diesen Prozefs durch Anwendung von obat trusi (cupr. sulfur.) und durch abführende Thees beschleunigen. Was seine Diät anbelange, so müsse er sich in erster Linie vor dem Genufs von viel Fleisch hüten; im übrigen könne er leben, wie vorher.

Ein Vorwiegen von speziellen, besonders häufig ergriffenen Gelenken, eine Schwellung oder Rötung der schmerzempfindlichen Gelenke konnte ich niemals bemerken, und auch von anderen Autoren wurden keine diesbezüglichen Beobachtungen gemacht. Die grofsen Gelenke (Knie-, Hüft-, Schulter-, Ellenbogen-Gelenke) scheinen allerdings etwas häufiger in Mitleidenschaft gezogen zu sein, als die kleineren. Die Gelenkschmerzen, welche im allgemeinen bei Erwachsenen viel heftiger sind, als bei Kindern, verschwinden oft erst nach mehreren Wochen; das Fieber dagegen hält selten länger als 2—5 Tage an. Sehr häufig klagen die Patienten auch über Hitzegefühl und Jucken, gerade an jenen Stellen, wo dann in den nächsten Tagen der Ausschlag ausbricht. Diese Stellen sind gerötet (was allerdings bei der dunklen Haut der Inländer oft schwer zu erkennen ist), und fühlen sich heifs an. (Vergleiche Krankengeschichte I, Javane Ratmann). Prodromalveränderungen auf der Haut, wie sie z. B. Jeanselme, Roux und einige englische Autoren schildern, habe ich nicht beobachten können. Es soll nämlich die Haut ihren Glanz verlieren, trocken und rauh werden und leicht schuppen.

Digitized by Google

Allgemeineruption. Nach dem soeben geschilderten deutlichen Prodromalstadium erscheint die Allgemeineruption, es treten die Tochtereffloreszenzen auf (anak-puru; anak [malayisch] = Kind).

Die Allgemeineruption leitet sich ein durch Auftreten von kleinen roten Flecken, die gewöhnlich schon am folgenden Tage sich zu Papeln entwickelt haben. Die Anzahl der Effloreszenzen ist eine ungemein wechselnde, sie kann vielleicht fünf bis zehn, sie kann aber auch mehrere Hunderte betragen wie z. B. in unserm Fall I. Bevor der Ausschlag erscheint, besteht, wie oben erwähnt, Hitzegefühl und heftiges Jucken, das fast alle Autoren erwähnen. Dieses Kribbeln und Jucken hält in den ersten Tagen nach Erscheinen der Allgemeineruption an und verschwindet erst nach einigen Tagen mehr oder weniger vollkommen.

Die kleinen Papeln können stehen bleiben und sich unter leichter Abschilferung zurückbilden. Diese papulosquamöse Form der Frambösie habe ich nur bei späteren Nachschüben des Ausschlages beobachtet, während im Beginne der Erkrankung die erst ganz kleinen Papeln immer mehr an Umfang zunehmen und schliefslich ganz beträchtlich grofse Knoten darstellen können. Die gröfsten einzeln stehenden Knoten, die ich gesehen habe, hatten etwa die Gröfse einer Baumnufs. Wenn aber die einzelnen Knoten mit einander konfluieren, so entstehen gröfsere Konglomerate, und diese sind natürlich, im Gegensatze zu den meist halbkugeligen Einzelknoten, mehr flächenhaft ausgebreitet, und können dann einen grofsen Teil des Kinns (Fall III), grofse Gebiete der Brust (Fall IV) usw. einnehmen.

Eine entzündliche Zone um die junge Papel herum läfst sich auf der dunklen Haut der Inländer schwer erkennen. Die junge Papel hat eine intakte Epidermisdecke, sie fühlt sich gegenüber normaler Haut etwas resistent an, das Zentrum ist häufig leicht gelblich verfärbt und man könnte bei oberflächlicher Untersuchung glauben, es mit gewöhnlichen Akneknötchen zu tun zu haben. Die Papel wächst nun aber sehr rasch und erreicht ihre definitive Gröfse innerhalb weniger Tage. Zu einer eitrigen Einschmelzung kommt es nicht. Es bleibt die Epidermisdecke oft sehr lange bestehen, doch verändert sie sich allmählich in eine trockene, gelbbraun verfärbte, mehr oder weniger fest haftende Kruste, unter welcher der Knoten sich langsam wieder zurückbilden kann, worauf die Kruste abfällt. Häufiger aber kann die Epidermisdecke dem raschen Wachstum des Knotens sozusagen nicht folgen, sie wird dünner, reifst schliefslich ein oder wird durchbrochen und nun liegt eine rote, glänzende, warzenähnliche Geschwulst zutage, die in ihrem zerklüfteten Aussehen einige Ähnlichkeit mit dem Bau einer Himbeere (framboise) bietet.

Der Frambösieknoten ist auch ähnlich einem Condyloma acuminatum, Feigwarze, nur dafs hier eben eine epidermisbedeckte Oberfläche vorliegt;

Digitized by Google

Jeanselme erwähnt, dafs die Bewohner von Laos das Polypapilloma tropicum mit dem Bau einer geöffneten Feige vergleichen.

Dieses zerklüftete, warzenähnliche Aussehen erlangen natürlich nach künstlicher Entfernung der Decke auch jene Frambösieknoten, deren Epidermisschicht, wie oben erwähnt, lange Zeit intakt erhalten blieb.

Die rote, glänzende, leicht blutende Oberfläche des Frambösieknotens ist meist feucht und scheidet eine klebrige, gelbliche, oft etwas getrübte Flüssigkeit ab, durch deren Eintrocknen und Mischen mit Blut und Staub ein schmieriger, oft rot gesprenkelter Belag, eine schwärzliche, mifsfarbige Kruste entsteht. Diese Kruste erlangt oft Ähnlichkeit mit einer Rupiaborke, wenn durch Wachsen des Frambösieknötchens auch die Kruste sich peripherwärts ausdehnt und sie durch Ansammlung von Sekret im Zentrum emporgehoben wird.

Es mufs erwähnt werden, dafs im Beginne der Allgemeineruption die seröse Ausscheidung unter der Epidermisdecke oft eine sehr starke ist, so dafs es zu eigentlicher Blasenbildung kommt. Ich habe solche Fälle mehrfach beobachtet, wo halbkugelige, meist etwas schlaffe, oft mit einer Delle versehene Blasen bestanden, die einen trüben, serösen Inhalt aufwiesen und deren Aussehen an Pocken- oder Pemphigusblasen erinnerte. Ähnliche Beobachtungen erwähnen R. Koch und van de Burg (als dritte Form des Ausschlages), und Neeb, der diese Art der Frambösieeffloreszenzen mit Wasserpocken oder Pemphigus vegetans vergleicht. Später, wenn die Blasendecke spontan reifst oder aufgescheuert wird, tritt wieder das feigwarzenähnliche, typische Frambösie-Granulom zutage.

Wenn die nässenden Frambösieknoten zusammenfliefsen, so haben wir flach erhabene, schmierige Flächen vor uns, die Condylomata lata ähnlich sehen. (Vergleiche Tafel 6.)

In anderen Fällen sind die Frambösieknoten in flach erhabener Ringform angeordnet, von welcher Anordnung Jeanselme gute Abbildungen bringt. Die Ringe sind natürlich nicht immer geschlossen und so kommt auch bogen- und nierenförmige Anordnung vor.[3]

Charlouis, Gewand und andere Autoren erwähnen auch eine gestielte, eine fliegenschwammähnliche Form der Frambösieeffloreszenzen: kurz wir haben alle möglichen Formen.[4]

---

[3] Neeb bringt Abbildungen von Framboesia annulare und gyrata, ebenso Kiewit de Jonge.

Neeb bemerkt auch, dafs die kleinpapulöse Form fast ausschliefslich bei Kindern, und zwar vor allem bei Säuglingen auftritt, während die grofspapulöse Form bei Erwachsenen fast immer, und auch oft bei Kindern angetroffen wird.

[4] Die Malayen meiner Gegend bezeichnen die verschiedenen Formen ebenfalls mit verschiedenen Namen: Puru lada (die Pfefferkornform) ist die gewöhnlichste; Puru busuk (die häfsliche, bösartige Form) hat stark nässende Knoten; Puru darah

Digitized by Google

Wie schon oben erwähnt wurde, haben die Frambösieknoten gegenüber der normalen Haut eine etwas vermehrte Konsistenz; niemals aber habe ich gefunden, dafs man die Knoten hart oder sehr hart nennen könnte, wie dies CHARLOUIS tut.

Der voll entwickelte Frambösieknoten stellt ein ziemlich unempfindliches Gebilde dar, und MANSON nennt es geradezu ein diagnostisches Hilfsmittel, dafs Betupfen der Excreszenzen mit ätzenden Säuren keine Schmerzempfindung auslöst.

Der allgemeine Ausschlag erscheint zuerst gewöhnlich im Gesicht und am Halse, befällt dann die Brust und schliefslich den übrigen Rumpf und die Extremitäten. Die Photographie des Javanen Ratmann (Tafel 4) zeigt die zeitliche typische Folge im Auftreten der Frambösieknoten recht gut. Bei genauerem Zusehen werden wir finden, dafs die Knoten im Gesicht zum grofsen Teil den deutlichen warzenförmigen Bau besitzen, die jüngeren Knoten aber auf der Brust haben mehr eine halbkugelige Form und sind noch von einer unverletzten Epidermisdecke versehen; die Knoten auf den Armen (z. B. in der rechten Ellenbogenbeuge) sind wiederum bedeutend kleiner als diejenigen auf der Brust.

Im allgemeinen bleibt kein Körperteil verschont, aber doch sind diejenigen besonders häufig befallen, wo die Haut zart ist (also Gesicht, Hals, Brust, Ellenbogen, Inguinalbeugen usw.). Mit ganz besonderer Vorliebe aber treten die Frambösieknoten auf den Übergängen der Haut in die Schleimhäute auf, und auch unsere Abbildungen zeigen zum Teil sehr deutlich ein gehäuftes Vorkommen von Frambösieknoten an den Nasenlöchern und am Lippensaum. Ungemein häufig sitzen Frambösieknoten auch um den After herum; hier sind sie natürlich durch gegenseitige Berührung abgeflacht und gleichen dann einigermafsen den Condylomata lata. Bei kleinen Mädchen sieht man besonders auch die Genitalgegend ergriffen; bei erwachsenen Frauen hatte ich selbst niemals Gelegenheit, ähnliche Beobachtungen zu machen, wie dies von anderen Autoren geschehen konnte. Bei Männern sitzen sehr oft Frambösieknoten auf dem Penis und Scrotum und JEANSELME erwähnt Beobachtungen, wo die Corona glandis mit sehr vielen Effloreszenzen besetzt war, die dermafsen eine Phimosis bedingten.

Die behaarten Stellen des Körpers, speziell die Kopfhaut, bleiben

---

ajam, hier stehen die kleinen Papeln meist in Kreisform, Puru chartas (papierförmige Fr.) zeichnet sich aus durch starkes Schuppen. Leider konnte mir mein Gewährsmann zu diesen mündlichen Erörterungen keine Demonstrationen bieten, so dafs ich nicht genau weifs, welchen Formen diese Bezeichnungen entsprechen. NEEB und VAN DE BURG geben übrigens auch die inländischen Namen für die verschiedenen Frambösieformen.

von der Erkrankung nicht verschont, doch findet kein Haarausfall statt, sondern die Haare haften sogar mitten in den Knoten fest.

Eine vorwiegende Beteiligung der Beuge- oder Streckseiten der Extremitäten, ein ausgesprochen symmetrisches Auftreten der Framböesieeffloreszenzen konnte ich niemals konstatieren. Niemals habe ich auch nur Andeutungen von Framböesieknoten an den Nagelrändern entdeckt; eine Paronychia ex framboesia besteht also nach meiner Erfahrung nicht.[5]

In keinem einzigen Falle meiner Beobachtungen waren die Schleimhäute ergriffen. Genauere Untersuchung lehrte stets, daſs auch die Framböesieknoten am Lippenrotrande, an den Nasenlöchern und am Anus von der Haut, nicht von der Schleimhaut ausgingen.

Überhaupt fehlten stets jegliche Erscheinungen von seiten der Nasenschleimhaut (z. B. vermehrte Schleimabsonderung); niemals konnten, auch bei genauester Untersuchung, im Munde Veränderungen, ähnlich wie bei Syphilis, Plaques muqueuses, oder auch nur Trübungen, Ulcerationen gefunden werden. Rachen- und Ohrenerkrankungen, Conjunctivitis oder Iritis oder anderweitige Augenaffektionen habe ich bei Framböesie niemals gesehen. — Die Untersuchung der inneren Organe lieſs keine Abweichungen erkennen. Die Darmfunktionen blieben ohne jegliche Störung; Blut und Schleim waren dem Stuhle nicht beigemischt. Es bestand keine Sekretion der Harnröhre; der Harn selbst war frei von fremden Bestandteilen. Dieselben negativen Befunde bezüglich Schleimhäuten und inneren Organen haben Jeanselme, Manson, Nicholls, Bennet, Rat und andere Autoren erhoben.

Ich stehe dagegen im Widerspruch mit Jeanselme und Manson betreffs Beteiligung der Nagelränder. Jeanselme behauptet nämlich, daſs eine Perionyxis pianique wohl vorkomme, und diese könne selbst zur Lösung und Abstoſsung des Nagels führen. Ich glaube, dieser Punkt verdiente von späteren Beobachtern etwas genauer berücksichtigt zu werden. Auch betreffs eines anderen Punktes müssen noch sorgfältige Beobachtungen gesammelt werden. Ich habe nämlich in meinen Fällen, die doch zum Teil hochgradig waren, niemals eine Beteiligung der Handteller und Fuſssohlen wahrnehmen können, und sicher wäre auch eine von den erwähnten Autoren hervorgehobene Schmerzhaftigkeit der in den Handtellern und an den Fuſssohlen lokalisierten Framböesieknoten mir nicht entgangen. Jeanselme erwähnt das Vorkommen von Framböesie in den Handtellern und an den Fuſssohlen, doch geht aus seinen Ausführungen nicht hervor, ob seine Behauptung sich auf eigene Beobachtung stützt. Auch van de Burg, Martin, mit Berufung auf letzteren Krämer und Bartels, beschreiben eine solche Lokalisation der Framböesie. Die ersteren zwei Autoren identi-

[5] Onychia und Paronychia bei Syphilis habe ich dagegen in Deli sehr oft gesehen.

fizieren nämlich die auf malayisch „Bubul“ genannte Erkrankung, welche nach SCHEUBES Mitteilungen in anderen Gegenden Crab-Yaws, Tubboes, Crabs, Crabpox, Kraboe, Osendo genannt werden, mit Frambösie; ich kann mich dieser Auffassung nicht anschliefsen und werde bei Besprechung der Differentialdiagnose noch des näheren auf diesen Punkt zu sprechen kommen.

Ich habe also niemals in den Handtellern und den Fufssohlen Frambösieknoten gesehen, wohl aber bemerkte ich in einzelnen Fällen (z. B. Fall I) in den Handflächen die Anwesenheit von etwa zehncentimesstückgrofsen, dunklen Flecken, deren Pigmentierung auf Druck nicht verschwand, und die ganz feine Abschilferung aufwiesen. Javanen und Malayen bezogen diese Fleckung und Abschilferung in den Handflächen nicht auf die bestehende Frambösie; ich konnte auch keinen Namen dafür in Erfahrung bringen. Ich möchte glauben, dafs es sich hier um eine abnorm lokalisierte Pityriasis versicolor handelt.[6]

Die Frambösie-Effloreszenzen können sich innerhalb weniger Tage aus Papeln zu ausgebildeten Knoten entwickeln, um dann im Verlaufe von 2—3 Wochen kleiner zu werden und einzutrocknen. Schliefslich fällt die bedeckende Kruste ab und es bleibt nur ein hyperchromatischer oder achromatischer Fleck zurück. Eine Narbe bildet sich also nicht, aber in der ersten Zeit nach dem Eintrocknen der Knoten zeigen die meisten dunklen Flecken scharf eingedrückte Gruben und weite Schweifs- und Haarbalgporen. Nach 1—2 Jahren aber sind die Pigmentveränderungen vollkommen verschwunden, die Haut hat wieder ein vollkommen normales Aussehen. Durch Kratzen usw. kann es natürlich leicht zu Sekundärinfektion und dadurch zu Ulceration der Frambösieknoten kommen; es bleiben dann infolge der Ulceration recht häfsliche Narben zurück, die durch ihren Sitz und ihr Aussehen den Arzt die vorausgegangene Krankheit erkennen lassen.

Tiefgreifende Geschwüre, welche zu Gangrän oder Karies usw. geführt hätten, habe ich keine beobachtet, während andere Autoren darüber Mitteilungen machen.

Stets ist das Auftreten der Frambösie-Effloreszenzen von einer Schwellung der regionären Lymphdrüsen begleitet, die im Anfang deutlich schmerzhaft resp. druckempfindlich sind.

Sitzt also die Muttereffloreszenz z. B. am Bein, so werden wir einen schmerzhaften Bubo in der Inguinalbeuge erwarten können, der sich aber

---

[6] JOHNSON meldet eine nähere Beschreibung, dafs Yaws immer von einer chronischen Ekzema plantare begleitet sei. Aus den Oeleasers berichtet NEEB, „dafs nach Heilung der Füfse und Handteller die Haut hier fortwährend in kleinen Schüppchen abzuschilfern beginnt, was man Kadal nennt und was sehr lange bestehen bleiben, ja nach Berichten selbst bis zum Tode andauern kann“.

Digitized by Google

in kürzerer oder längerer Zeit zurückbildet, ohne dafs es nach meiner Erfahrung jemals zu einer Vereiterung kommen würde. Die Schmerzhaftigkeit der Drüsen verschwindet meist schon nach 1—2 Wochen, die Schwellung dagegen hält noch längere Zeit an, geht später aber ebenfalls vollkommen zurück.

Bei der Allgemeineruption sind ebenfalls nur die regionären Lymphdrüsen in Mitleidenschaft gezogen, wie dies z. B. aus dem Fall IV (javanische Frau Sappi und Kind Saridja) deutlich hervorgeht. War die Allgemeineruption eine so ausgebreitete, wie in unserem Fall I, so ist natürlich auch die Lymphadenitis eine fast allgemeine. Die Lymphdrüsenschwellungen bei der Allgemeineruption verhalten sich jedoch wie diejenigen bei der Muttereffloreszenz; es handelt sich also um anfangs druckempfindliche Drüsen, die niemals vereitern und sich später vollkommen zurückbilden.

Betreffend die Mitbeteiligung der Lymphdrüsen sind die Literaturangaben ziemlich übereinstimmend. Auch Jeanselme nimmt eine hauptsächlich regionäre Lymphadenitis an, behauptet aber, dafs die Drüsen indolent seien; diese Angabe läfst sich wohl leicht erklären aus dem raschen Verschwinden der Schmerzhaftigkeit und der geringen Schmerzempfindlichkeit der Inländer. Charlouis meldet ebenfalls eine Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Drüsen, die nicht zur Vereiterung kommen. Gewand bemerkt — nach meinen Beobachtungen entschieden mit Unrecht —, dafs die allgemeine Eruption keine Lymphdrüsenschwellung verursache.

Das Allgemeinbefinden ist, wie wir gesehen haben, im Prodromalstadium oft recht erheblich beeinträchtigt; nach Ablauf desselben aber ist die Gesundheit durch die Frambösie nur wenig gestört. Der Javane Ratmann (Fall I meiner Beobachtungen) magerte allerdings im Verlauf von zwei Monaten um 4,5 kg ab; er fühlte sich schwach, müde, und der Hämoglobingehalt, der bei der Aufnahme annähernd normal war, fiel auf 60 %. Nachher erholte sich aber der Patient rasch. In meinen anderen Fällen sah ich keine Schädigung des Allgemeinbefindens eintreten; die Leute, auch die Kinder, waren munter, hatten guten Appetit, und der Ausschlag genierte sie nur, insofern er einen „Schönheitsfehler“ darstellte. Die Patienten, die ich im Spital hatte, drängten oft jeden Tag auf ihre Entlassung, da sie ja gesund und arbeitsfähig seien. Aufser Sinken des Hämoglobingehaltes in schweren Fällen habe ich keine anderen Blutveränderungen konstatiert; ich will hier aber anführen, dafs Glogner in acht von ihm untersuchten Fällen eine Vermehrung der Lymphocyten des Blutes gefunden hat.

Einen typischen Verlauf der Frambösie - Erkrankung zeigt unsere Krankengeschichte von Fall I. Sie läfst erkennen, dafs die Allgemein-

eruption nicht auf einmal, also nicht plötzlich erfolgt, sondern dafs die Krankheit in mehreren Schüben einsetzt, die allmählich in ihrer Intensität nachlassen.

Rezidive sind sehr häufig, und alle meine Patienten weisen Rezidive auf. Die Malayen in meiner Gegend glauben, dafs die Framb\u00f6siekranken erst nach dem zweiten Rezidiv auf definitive Heilung rechnen dürfen, und aus anderen Gegenden finden wir in der Literatur ähnliche Mitteilungen. Oft heilen alle Frambösieeffloreszenzen ab, bis auf eine einzige, die von den Negern Membra-yaws (membra — Ableitung von remember) genannt wird, und dann mufs man immer mit einem Rezidiv rechnen. Eine Illustration zu dieser Erfahrungstatsache bietet wiederum Fall I, wo nach der ersten Allgemeineruption auf dem linken Arm ein Knoten nicht vollständig abheilte, sondern als „Membra-yaws" sitzen blieb.

Nach der Berechnung von Gewand rezidivieren ein Sechstel der Fälle nach 1—4 Monaten; es kommt zu einem zweiten, dritten, ja selbst vierten Rezidiv, nur sind dann die Intervalle immer länger und der Verlauf immer kürzer und milder.

Mit Einschlufs der Rezidive zieht sich die Frambösie-Erkrankung während eines bis mehrerer Jahre hin, wobei die oben beschriebenen Prodromalerscheinungen (Fieber, Gelenkschmerzen usw.) zwar meistens vor jedem Rezidiv wiederkehren, aber doch immer geringere Intensität aufweisen.[7]

Der Charakter der Rezidive zeigt aber immer eine vollkommene Übereinstimmung mit der ersten Allgemeineruption; der später erscheinende Ausschlag ist immer gleichartig mit dem ersten, was die Form der Effloreszenzen anbelangt. Wo z. B. die Frambösieknoten sich aus Blasen gebildet hatten oder ausgesprochene Neigung zeigten, zu konfluieren, da sah ich das Rezidiv auch wieder aus Blasen entstehen (worüber Neeb gleiche Angaben macht) oder die gleiche Neigung zur Konfluenz der einzelnen Knoten äufsern (wie in unserem Fall III).

Der Ausgang der Frambösie-Erkrankung ist (in Deli) meistens ein günstiger, die Krankheit endet bei Kindern und Erwachsenen in Genesung.

Nach Angaben von meinen malayischen Gewährsmännern kommen keine Todesfälle an Frambösie vor, „nur könnte vielleicht ein Kind, das sowieso schwächlich und hinfällig sei, durch die Erkrankung an Frambösie etwas schneller sterben".

In anderen Gegenden sind die Verhältnisse nicht so günstig. Nach Däublers Angaben beträgt die Mortalität in Niederländisch-Indien nicht volle 2%; Nicholls meldet für Westindien eine Mortalität auf 7157 Fällen

---

[7] Neeb berichtet von einem Fall, den er selbst gesehen, wo die Erkrankung volle fünf Jahre bestanden und zu einer bedeutenden Kachexie geführt habe.

von 2,5 %. KOCH berichtet, dafs er auf der Insel Des Lacs in der Südsee Kinder mit Frambösie gesehen habe, welche wohl später daran gestorben seien. Auch wurde KOCH mitgeteilt, dafs auf dieser Insel mindestens ein Drittel der Kinder der Krankheit erliegen. FINUCANE schreibt der Frambösie ebenfalls einen sehr deletären Einflufs auf die Gesundheit der Kinder zu, die er auf den Fidji-Inseln gesehen hatte. NEEB meldet Todesfälle an Frambösie aus mehreren Dörfern der Oeleasers. Es liefsen sich aus der Literatur noch verschiedene solcher Angaben sammeln; sie stammen immer aus Inseln oder Gegenden, wo die Frambösie noch eine „neue" Krankheit war, wo sie sich also auf „jungfräulichem Boden" entfaltet hatte. Wir wissen ja auch, dafs die Masern in Gegenden, wo sie frisch eingeschleppt worden waren, einen sehr schweren Verlauf nahmen und viele Opfer forderten.

Nach KEELAN übt die Vaccination einen eigentümlichen Einflufs auf die Frambösie aus in der Weise, dafs die Frambösie bei Geimpften sehr milde verläuft, und dafs Vaccinationen bei Frambösiekranken gewöhnlich erfolglos sein, die Frambösieerkrankung aber günstig beeinflussen sollen. NEEB glaubt ebenfalls, dafs Kinder nach Bestehen von Frambösie weniger empfänglich für die Vaccination sein sollen; über den Einflufs der Vaccination auf den Krankheitsprozefs drückt er sich aber sehr reserviert aus. In der weiteren Framböesieliteratur habe ich mich vergeblich nach diesbezüglichen Mitteilungen umgesehen.

Nach meinen eigenen Erfahrungen bestehen zwischen der Frambösie und der Vaccination gar keine Wechselbeziehungen. Trotzdem Ratmann (Fall I) 2—3 Jahre vor seiner Erkrankung von mir geimpft worden war, machte er doch eine recht schwere Frambösie durch, und das Kind Sarida (Fall V) impfte ich während des Hospitalaufenthaltes, ohne dafs sich ein Einflufs der Vaccination auf den Krankheitsprozefs bemerkbar machte, und anderseits entwickelten sich die Impfpusteln auf normale Weise.

Es bleibt mir jetzt noch die Aufgabe, jene Erscheinungen etwas ausführlicher zu besprechen, welche nach Angabe von verschiedenen Autoren nach Ablauf der Allgemeineruption von Frambösie in späteren Jahren auftreten und als den tertiärsyphilitischen analog betrachtet werden.

Solche Spätsymptome nach Frambösie habe ich niemals gesehen, trotzdem ich eifrig danach fahndete. Auch CHARLOUIS, welcher ja die Frambösie ebenfalls in Niederländisch-Indien studiert hat, negiert diese Spätsymptome vollständig. VAN DE BURG erwähnt die eigentlichen tertiären Erscheinungen nicht und bespricht als Folgekrankheit der Frambösie nur eine bei den Malayen „Blah" genannte Affektion der Fufssohlen.[a]

---

[a] Blah hat meiner Ansicht nach mit Frambösie keinen Zusammenhang. Blah äufsert sich in einer oft sehr bedeutenden Hyperkeratose der Fufssohlen und Bildung von Schrunden, die ziemlich tief, d. h. bis ins Corium gehen können. Dadurch wird Stehen und Gehen schmerzhaft. Ob Jucken besteht, konnte ich nicht

Manson, der sich bei seiner Beschreibung der Frambösie hauptsächlich auf Nicholls stützt, drückt sich bezüglich der sog. tertiären Symptome sehr vorsichtig aus, indem er sagt, daſs die tertiären Erscheinungen wohl meist die Folge seien von einer neben der Frambösie einhergehenden, aber unabhängigen Syphilis.

Bartels, Krämer, Koch treten auf die Frage der tertiären Erscheinungen nicht näher ein. Gewand dagegen erwähnt ihrer ausführlich. „Bei der Periostitis an Röhrenknochen, besonders an Tibia und Radius, scheinen unter heftigen Schmerzen vom Periost aus Knochenablagerungen stattzufinden, die dem Knochen ein höckeriges Aussehen geben und harte Osteome bilden können dadurch, daſs sie im späteren Leben nicht mehr zur Resorption gelangen. Die Arthritis tritt meist als eine Arthritis defermans auf unter rheumatoiden Schmerzen an beliebigen Gelenken. Die Tendovaginitis beginnt mit Derberwerden der Sehnenscheiden und vermehrter Flüssigkeitsansammlung, besonders in den Scheiden der Muskeln der Streckflächen des Vorderarmes und der Hand. Manchmal bilden sich auch ganglionähnliche Aussackungen mit serofibrinösem Inhalt, welche sich hart anfühlen und eine beträchtliche Gröſse erreichen können. Auffallend ist, daſs in den letzten Jahren, seit bei uns die Jodkaliumbehandlung für alle Frambösiefälle eingeführt wurde, die Knochengelenk- und Sehnenscheidenkomplikationen nicht mehr vorkommen. Sollten solche Fälle vielleicht Äuſserungen sein einer neben der Frambösie bestehenden Lues?“ Jeanselme, welcher der Frage der tertiären Erscheinungen bei seinen Beobachtungen in Französisch-Hinterindien seine besondere Aufmerksamkeit geschenkt zu haben scheint und über von ihm gesehene schmerzhafte Exostosen und über „manifestations ostéo-articulaires“ bei Frambösiekranken ausführlich berichtet (*Dermat. exotique.* S. 168) sagt: „Handelt es sich hierbei wohl um Veränderungen der Knochen, bedingt durch Frambösie oder durch eine gleichzeitig bestehende Syphilis? Ich habe das nicht entscheiden können, denn die zwei Krankheiten bestehen nebeneinander in den Gegenden, welche ich bereist habe. . . . . Nur ein fortgesetztes, aufmerksames Studium wird die Dunkelheit lichten, die noch über den gegenseitigen Grenzen zwischen Frambösie und Syphilis herrscht.“ In dem einen Falle von Jeanselme, wo fast alle Finger spindelförmig verdickt waren und wo die Kniegelenke Schmerzhaftigkeit und Flüssigkeitsansammlung aufwiesen, dürfte man vielleicht an Tuberkulose denken, die

---

klar entscheiden, denn meine Patienten machten diesbezüglich verschiedenartige Angaben; Blah etwa auf vorausgegangene Syphilis zurückzuführen, hatte ich bei meinen Patienten keine Veranlassung. Keratolytische Mittel (heiſse Fuſsbäder, Ac. salicyl. usw.) bringen diese Hyperkeratosis plantarum rasch zur definitiven Heilung. Bei der Differentialdiagnose werde ich nochmals auf Blah zurückkommen.

Digitized by Google

in den Tropen, wie wir heute wissen, doch auch viel häufiger vorkommt, als man früher gedacht hatte.[9]

NEEB schreibt über die sog. Tertiärerscheinungen folgendes: „Ab und zu war die sekundäre Eruption begleitet von leichten Affektionen der Gelenke, nämlich Arthritis sicca oder serosa oder leichter Tendovaginitis. SCHEUBE meldet auch Periostitis. Daſs diese Erkrankungen als Komplikation von seiten einer früheren Lues aufzufassen wären, muſs für diese Gegend (die Oeleasers) mit Bestimmtheit negiert werden, da hier Lues eine äuſserst seltene Erkrankung ist. Auftretende neuralgische Schmerzen waren sehr oft deutlich eine Komplikation von seiten des Nervensystems und vollkommen unabhängig von der Affektion der Gelenke oder des Periosts."

Von englischer Seite macht auf die Spätsymptome der Frambösie hauptsächlich aufmerksam N. RAT. Er schreibt: „Diese Symptome sind subcutane Knötchen, welche ich als „Gummata" bezeichnet habe. Ulcerationen des Rachens, destruktive Ulcerationen der Glieder, wodurch Kontrakturen und Atrophie entstanden, Periostitis und Sequesterbildung der Knochen. Daſs solche Erscheinungen bei Frambösie vorkommen können, dafür sprechen im Gegensatz zu NICHOLLS auch MAXWELL 1839, IMRAY 1873 und DANIELS, der in seinem offiziellen Rapport über die Yaws auf den Fidji-Inseln meldet: „Es gibt bei Inländern eine Serie von pseudosyphilitischen Erscheinungen, von denen einige annehmen, daſs sie in Beziehung stünden zu Frambösie. Syphilis selbst ist unter den Eingeborenen unbekannt. Unter diesen Erscheinungen ist vorerst eine destruktive Ulceration des weichen Gaumens und Rachens und zuweilen der Nase zu nennen. Gleichzeitig oder auch ohne das kann eine destruktive Ulceration der Nasenknorpel bestehen, die mit Lupus excedens Ähnlichkeit hat. Ab und zu, auf dem Gesicht oder sonstwo, besteht auch eine Hautaffektion, die dem Lupus vulgaris gleicht. Ich habe solche Ulcerationen zweimal bei Individuen unter 10 Jahren gesehen, und bei Individuen über 20 Jahren kommt sie oft vor. In selteneren Fällen trifft man sie bei älteren Leuten; bei einer Frau von ca. 60 Jahren habe ich die Sektion gemacht und einen geschrumpften (involved) Larynx gefunden; nirgends waren in irgendeinem Organ Tuberkel, nirgends Gummata oder andere Zeichen von Syphilis."

---

[9] Bei meiner Ankunft in Deli 1896 wurde z. B. das Bestehen von Lungenphthise bei Inländern wahrscheinlich unter dem Einfluſs der MARTINschen Berichte (SCHEUBE, S. 183) negiert. Sektionen, von mir und anderen Ärzten zahlreich ausgeführt, lehrten uns bald, daſs Phthise auch vorkommt, und weitere klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen haben uns Ärzten in Deli nun die Überzeugung verschafft, daſs Tuberkulose in verschiedener Form eine ziemlich häufige Erkrankung bei Inländern und Chinesen darstellt.

Digitized by Google

Numa Rat meldet dann die Fälle von „Frambösie“ von Breda und die dort erhobenen Befunde von Ulceration des Rachens usw.; dann fährt Rat fort: „Die Ansicht, dafs Frambösie nicht zu geschwürigen Prozessen führt, gilt im selben Mafse wie bei Syphilis. Niemand würde leugnen, dafs bei Syphilis Geschwürsbildung vorkommt, wenn man sie auch nicht allgemein im sekundären Stadium antrifft. Syphilitische, sekundäre Eruptionen können ulcerieren, aber Geschwürsbildung ist so viel seltener im sekundären als im tertiären Stadium, dafs früher alle geschwürigen Prozesse auf tertiäre Syphilis bezogen wurden. In gleicher Weise finden wir, dafs die sekundären Eruptionen von Yaws im allgemeinen nicht ulcerieren; aber dafs sie ulcerieren können und dafs Ulcerationen auch wirklich in späteren Perioden der Krankheit vorkommen, darüber besteht kein Zweifel.“

Rat erklärt dann die Geschwürsbildung bei tertiärer Syphilis und bei Yaws dadurch, dafs durch die vorausgegangene Krankheit eine Kachexie der Gewebe hervorgerufen sei, und diese, nicht das spezifische Gift bewirke bei Syphilis und bei Yaws den geschwürigen Zerfall. „Und es wäre überraschend, wenn eine Allgemeinerkrankung, wie Yaws, die hauptsächlich bei schlechtgenährten und unreinlichen Völkern vorkommt und den Körper für Jahre affiziert, nicht zufällig (eventually) zu einer Kachexie führen könnte, wie man es bei Syphilis sieht.“

Finucane, der wie Daniels die Frambösie auf den Fidji-Inseln studiert hat, beschreibt ebenfalls sehr schwere tertiäre Erscheinungen von seiten der Knochen, der Nerven usw.; Finucane will sogar als Späterscheinung der Frambösie Abortus haben erfolgen sehen.

Aus neuerer Zeit liegt über die Spätsymptome von Frambösie eine Publikation von R. de Boissiere (Filaria and yaws in Fiji; *Journ. of trop. medicine* june 15. 1904) vor, auf die Herr Prof. Scheube mich gütigst auftmerksam machte. Als Folgekrankheiten resp. als tertiäre Erscheinungen von Frambösie beschreibt de Boissiere:

1. Geschwüre, von den Fidjianern vidi kose bezeichnet, die einzeln oder multipel, uni- oder bilateral, an irgendeiner Stelle des Körpers auftreten können. Einige Ulcerationen können so grofs sein, dafs sie die ganze Vorderfläche der Brust und Teile der Extremitäten einnehmen bei demselben Patienten. Zwei Patienten von de Boissiere hatten ein Alter von 2—3 Jahren; sie hatten ungefähr am Ende des ersten Lebensjahres Yaws durchgemacht.

2. Knochen- und Gelenkschmerzen (Sasala genannt). Salicylpräparate haben keine Wirkung.

3. Rachengeschwüre (Kanailoma genannt). Sie gehen gewöhnlich vom weichen Gaumen aus, können aber ausgedehnteste Zerstörungen der um-

Digitized by Google

gebenden Gewebe hervorrufen. de Boissiere beobachtete auch einen Fall von Zerstörung der Epiglottis.

4. Lupusähnliche Geschwüre des Gesichtes und der Nase. Sie kommen entweder allein vor oder in Verbindung mit der oben beschriebenen Zerstörung des Gaumens.

5. Gummata. Sie können vorkommen im subcutanen Gewebe oder in der Muskelsubstanz und erbsen- bis mannsfaustgroſs sein. Erst fest und hart, erweichen sie später und können nach auſsen durchbrechen. de Boissiere entfernte bei Gelegenheit ein solches hartes, festes, rundes Gumma von der Gröſse einer Orange. Es sah aus „genau wie eine helle, feste, gelblichweiſse, käsige Masse, und war auf Berührung hart“. Zuweilen konnte man kleine Gummata sehen am oberen und unteren Augenlid, die ohne Behandlung groſse Zerstörung der Augenlider bewirken konnten.

6. Verdickung der Tibia. Sie kommt uni- oder bilateral vor und ergreift die einzelnen Teile gewöhnlich ungleichmäſsig. Die Tibia ist entweder in ihrer ganzen Ausdehnung verdickt, oder es bestehen nur einzelne Knoten auf ihrer Oberfläche. Die Affektion ist oft schmerzhaft, der Schmerz sitzt inwendig im Knochen. Auch das Knöchelgelenk kann verdickt erscheinen infolge einer dichten subcutanen Infiltration.

7, Synovitis der Gelenke. Schmerzhaft oder schmerzlos. Die Schwellung erreicht oft erhebliche Gröſse. Keine Zeichen von Entzündung, wie Röte oder Hitze.

8. Daktylitis. Diese ist der syphilitischen sehr ähnlich.

9. Soki. Dies ist der Lokalname für ein kleines Granulom, welches häufig die Fuſssohlen befällt und zuweilen auch in den Händen gesehen werden kann. Es kann auftreten 50—60 und mehr Jahre nach Ablauf der Frambösie. Auſser Soki konnte de Boissiere noch beobachten „tiefe Fissuren und Schrunden (cracks) an den Fuſssohlen und in geringerem Grade in den Handflächen“. (Vergleiche das über „Bubul“ und „Blah“ Gesagte.)

Mit Jodkalium (eventuell mit Zusatz von Liq. hydrarg. perchloric.) erzielte de Boissiere „die glänzendsten therapeutischen Erfolge; die Gummata verschwinden mit gröſster Schnelligkeit“ usw. Daneben wandte de Boissiere auch noch lokale Mittel an. de Boissiere hat „auch keinen Schatten von Zweifel, daſs die von ihm beschriebenen Erscheinungen wirklich Folge von Yaws sind“.

Die Beobachtungen von Gewand, Neeb, Jeanselme, Daniels, Finucane, de Boissiere und die Folgerungen von N. Rat sind nicht einfach von der Hand zu weisen. Aber aus der Literatur über Frambösie habe ich doch den Eindruck gewonnen, daſs die „tertiären“ Erscheinungen keineswegs zu den typischen Symptomen der Frambösie gehören. Viele

Digitized by Google

andere Autoren und auch ich haben solche Spätsymptome nicht beobachten können. Gewand frägt selbst, ob bei seinen Patienten nicht vielleicht doch Syphilis im Spiele war, und auch Jeanselme will bei seinen gut beobachteten Fällen Syphilis nicht mit Sicherheit ausschliefsen. Neeb sah nur leichte „tertiäre" Symptome: Gelenkschmerzen und Tendovaginitis. So bleiben eigentlich nur die Berichte aus den Fidji-Inseln von Daniels, Finucane und de Boissiere. Ihre Mitteilungen erscheinen mir aber keineswegs beweisend, und diejenigen z. B. von de Boissiere fordern die Kritik in verschiedenen Punkten heraus.[10]

Die englischen Autoren aus Fidji bringen leider keine eingehenden Krankengeschichten, aus denen sich der Leser selbst ein Urteil bilden könnte, ob nicht doch Syphilis, oder Tuberkulose, oder Noma, oder etwas ähnliches vorliegt; sie bringen keine ausführlichen Sektionsberichte und keine Berichte über genauere histologische Untersuchungen. Wenn aber später sorgfältige Beobachter die Befunde von Daniels, Finucane und de Boissiere den nicht spezifischen Charakter dieser Affektionen bestätigen sollten, so müfste man sich doch noch die Frage vorlegen, ob vielleicht auf den Fidji-Inseln nicht bestimmte Verhältnisse vorliegen, welche die dortige Frambösie in maligner Weise beeinflussen, Verhältnisse, welche wir heute noch nicht erkannt haben?

Dafs ferner N. Rat in seinen Erörterungen auch die Fälle von Breda verwertet, spricht nicht für seine Schlüsse; denn die Fälle von Breda dürfen nicht mit Frambösie identifiziert werden, wie Jeanselme, Scheube und Krämer mit Recht hervorheben.

Meine Ansicht also geht dahin, dafs die Frage über die „tertiären" Erscheinungen nach Frambösie noch eine offene ist, und dafs zu ihrer Entscheidung noch zahlreiche, unzweideutige, klare Beobachtungen und histogische Untersuchungen nötig sind. Nach dem, was Literatur und eigene Beobachtungen mich lehren, neige ich viel eher dahin, dafs solche Spätsymptome nicht zum Bilde der Frambösie gehören.

Ätiologie; Vorkommen. Die Inländer in Deli wissen zwar recht gut, dafs die Frambösie durch Übertragung von einem kranken Individuum auf ein gesundes entsteht, aber daneben äufsern sie doch die Ansicht, dafs überreicher Genufs von Fleisch, speziell Ziegenfleisch (vergl. Fall II), oder von Früchten (nach van de Burg werden besonders Doerian und Nangka beschuldigt) schädlich wirken, hauptsächlich in dem Sinne, dafs dadurch Rezidive hervorgerufen werden. Krämer berichtet aus den Südsee-Inseln,

---

[10] Man vergleiche z. B. das, was de Boissiere unter „Gummata" sagt: „es sah genau aus wie eine helle, feste, gelblichweifse, käsige Masse und war auf Berührung hart." Käsige Masse ist doch nicht fest und auf Berührung nicht hart!

Digitized by Google

dafs nach dem Glauben der Inländer ein Wechsel im Genufs der Yamswurzel mit der Taro einen ungünstigen Einflufs ausübe. KYNSEY meint, dafs schlechtes Wasser beim Entstehen der Yaws eine Rolle spiele, und DUPREY führt die Frambösie auf übermäfsigen Genufs von Manggafrüchten zurück.

Heute aber erblicken wir in der Frambösie eine Infektionskrankheit, hervorgerufen durch einen bestimmten Mikroorganismus. Derselbe ist uns zwar noch unbekannt. EIJKMANN fand kurze Stäbchen, PIEREZ entdeckte Mikrokokken, NICHOLLS und WATTS fanden ebenfalls Mikrokokken. Impf- und Übertragungsversuche mit den Reinkulturen dieser Mikroorganismen schlugen stets fehl. Auch BENNETT kam zu keinen positiven Resultaten. Ich selbst habe keine bakteriologischen Untersuchungen anstellen können, und die histologische Untersuchung des von mir gesammelten Materials ergab keine einwandsfreien Resultate über die Anwesenheit von Mikroorganismen in den Schnitten, wie auch MAC LEOD und JEANSELME keine spezifischen Mikroorganismen antrafen,

Aufserhalb des menschlichen Körpers ist der Frambösie-Erreger vielleicht im Boden resp. im Staub zu suchen, und GUNSEN THORPE, RAT und NEEB glauben durch diese Annahme die Tatsache zu erklären, dafs die Muttereffloreszenz der Frambösie so häufig an den Beinen und bei Kindern am Perineum angetroffen wird.

Im menschlichen Körper ist das „Framböslegift“ im Sekrete und im Blute der Framböslеknoten enthalten. Dies ergibt sich aus den Impfversuchen von PAULET (1848), von GAMA LOBO (nach ROUX, S. 331) und dann besonders aus denjenigen von CHARLOUIS, der durch wiederholte Impfversuche bewies, dafs die Frambösie eine ansteckende Krankheit sei, und durch Impfung von Sekret und Blut von Knoten, die sich im stadium incrementi oder acmes befinden, auf gesunde Individuen übertragen werden könne.[11]

Die Infektion auf natürlichem Wege setzt als Vorbedingung das Bestehen eines Epidermisdefektes voraus, der in irgendeiner Wunde am Fufse (Fall I und II), einem offenen Eiterbläschen (Fall III), einer Schrunde an der Brust (Fall IV) bestehen kann. Infektionen auf sexuellem Wege habe ich, wie auch andere Autoren, nie in Erfahrung gebracht, während anderseits die Möglichkeit eines solchen Vorkommnisses natürlich besteht.

In vielen Fällen kann die Eingangspforte des Frambösie-Erregers nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Auf welche Weise speziell die Kinder, die ja am häufigsten von der Krankheit befallen werden, sich infizieren,

---

[11] Über die Einzelheiten der Versuche von CHARLOUIS vergleiche man die Originalabhandlung in der *Zeitschrift für Dermatologie und Syphilis*. 1881. Bd. VIII.)

darüber lassen sich im allgemeinen nur schwer sichere Angaben erhalten. Aber plausible Erklärungen für den eventuellen Infektionsmodus und für die Häufigkeit der Infektion gerade bei den Kindern wird man leicht finden. Die inländischen Kinder laufen, wenn sie nicht gerade zu einer Festlichkeit aufgeputzt werden, bis zum 5.—7. Altersjahre mehr oder weniger nackt herum und wälzen sich mit besonderer Vorliebe im Strafsenstaub und Schmutz herum. Dabei kann es leicht zu kleinen Epidermisdefekten kommen, die mit dem Frambösie-Erreger infiziert werden können. Anderseits erfolgt die Infektion mit Frambösie sicher oft durch Insekten (Fliegen, Agaces usw.). Diese setzen sich auf Geschwüren jeder Art, so auch auf Frambösieknoten nieder, und lange dauert es, bis der indolente Inländer — auch das Kind — sich ihrer erwehrt, so dafs diese Insekten sicher alle Gelegenheit haben, Infektionsstoffe in sich aufzunehmen und auf andere Individuen zu übertragen. Neeb vertritt die gleiche Ansicht von der Möglichkeit der Frambösie-Übertragung durch Fliegen usw., und Gewand sagt: „Gerade von dieser Art der Übertragung sind mir einige überraschende Beispiele bekannt geworden.“ [12]

Gelegentlich können natürlich auch gemeinsam benutzte Boden- resp. Schlafmatten, gemeinsam benutzte Kleider und Efsgeschirre usw. die Infektion vermitteln. Skottowe berichtet, dafs auf den Fidji-Inseln Europäer sich die Frambösie schon durch blofses Übernachten in Häusern von Eingeborenen zuziehen sollen. Schlechte hygienische Verhältnisse, besonders Unsauberkeit, spielen bei der Übertragung der Frambösie sicher eine grofse Rolle. Darauf, und nicht etwa auf Rasseneigentümlichkeiten, ist es meiner Ansicht nach zurückzuführen, dafs die Europäer in den Tropen viel weniger an Frambösie erkranken als die Inländer, worüber alle Autoren einig sind. Eine Übertragung der Frambösie durch Vererbung kommt nach allgemeiner Ansicht der Autoren nicht vor, wenigstens ist seit 1885 kein Fall bekannt geworden, wo beim frischgeborenen Kind Frambösie bestanden hätte. Auch eine Übertragung der Frambösie durch die Muttermilch wird allgemein negiert.[13]

Frambösie erscheint selten vor dem Ablauf der ersten drei Lebensmonate und tritt meist bei Kindern in den ersten Jahren auf. Nach Numa Rat fallen auf das 10.—20. Lebensjahr 51 % der Erkrankungen an Frambösie und auf das 20.—30. Jahr nur 8 %. Späteres Alter aber schliefst Frambösie-Erkrankung keineswegs aus. Wenn wir Frambösie bei

---

[12] Bennett berichtet von Trinidad, dafs dort den Fliegen ebenfalls ein grofser Einflufs auf die Verbreitung der Frambösie zugesprochen werde; man höre sogar von einer eigenen „yaws-fly“ sprechen; doch hätte er diese Fliegenart noch nie gesehen.

[13] Hallen sah ein Kind von 20 Tagen mit allgemeiner Frambösie und erklärt dies durch die Annahme, dafs sich das Kind bei der Passage der Geburtswege der Mutter, die frambösiekrank war, infiziert habe.

Erwachsenen relativ selten sehen, so liegt der Hauptgrund wohl darin, dafs einmaliges Überstehen der Krankheit eine Immunität verleiht.

Dies ist die feste Ansicht der Inländer, und in der Tat habe ich die Frambösie nur bei solchen Erwachsenen angetroffen, die aus irgendeinem Grunde in ihrer Kindheit von der Frambösie verschont geblieben waren (vergl. Fall IV usw.). Mit dieser Erfahrungstatsache von einer erworbenen Immunität scheinen allerdings die Impfversuche von CHARLOUIS im Widerspruch zu stehen; denn CHARLOUIS konnte bei Frambösiekranken auf gesunde Körperstellen neuerdings Frambösie überimpfen, und GEWAND hebt hervor, dafs eine Inokulation von Frambösie möglich sei im Stadium der Allgemeineruption, oder zur Zeit der Rezidive, oder in ihren Intervallen, dafs sie aber nicht mehr gelinge, wenn die Krankheit vollkommen gewichen sei.

Die Beobachtungen von CHARLOUIS und von GEWAND können wir uns — wie auch JEANSELME bemerkt — leicht erklären und in Übereinstimmung bringen mit dem, was die Praxis lehrt, durch die Annahme, dafs die Immunität, dem chronischen Verlauf der Frambösie entsprechend, sich ganz allmählich ausbildet, und dafs also in den Fällen von CHARLOUIS der Körper der Patienten noch nicht genügend Schutzstoffe gebildet hatte, um gegen eine direkte Impfung unempfänglich zu sein.

Dafs Erwachsene und Kinder der Infektion mit Frambösie in gleicher Weise ausgesetzt sind, berichten KOCH, BARTELS und KRÄMER aus Inseln der Südsee, wo die Frambösie vorher nicht bestanden hatte und frisch eingeschleppt worden war. Hier, auf „jungfräulichem Boden", wies der Frambösie-Erreger eine besonders starke Infektiosität auf, während sie an Orten, wo sie schon lange endemisch herrscht, z. B. in Deli, keine besonders heftige ist. Die ganze Infektion der Frambösie auf „jungfräulichem Boden" äufsert sich nicht nur in einer ausgedehnten Verbreitung der Krankheit unter den Inselbewohnern aller Alter, sondern auch in einem malignen, oft tödlich endenden Verlauf.[14]

Die meisten Autoren schreiben dem Geschlecht keinen prädisponierenden Einflufs zu, und ich stimme dieser Ansicht bei. MANSON allein meint, dafs auf drei männliche nur eine einzige weibliche Frambösiekranke

---

[14] BENNETT gibt eine Übersicht über die Ausbreitung der Frambösie auf Trinidad. Nach seinen Berichten war im Jahre 1891, als NICHOLLS die Insel zu Studienzwecken über Frambösie besuchte, diese Krankheit noch so wenig verbreitet, dafs das Gouvernement fand, es liege keine Notwendigkeit zu einer solchen Untersuchung vor. Bestimmte Zahlen aus dieser Zeit fehlen zwar. Schon fünf Jahre später (1896) waren die Yaws aber so verbreitet, dafs der Erlafs einer „Yaws ordinance" nötig wurde, und im Jahre 1899 betrug die Zahl der offiziell bekannten, unter Behandlung sich befindlichen Kranken 2808 (bei einer Bevölkerungszahl von 250000); nicht die Hälfte dieser Fälle wurde während dieses Jahres geheilt.

Digitized by Google

komme; wahrscheinlich ist dieses Verhältnis dadurch vorgetäuscht, dafs die Männer der „Natur"völker eher den europäischen Arzt aufsuchen als die Frauen. KYNSEY macht für Ceylon und REES für die Kapkolonie darauf aufmerksam, dafs Framböšie hauptsächlich auf dem Lande verbreitet ist und immer mehr aus den Städten, wo die hygienischen Verhältnisse besser werden, verschwinde.

Die Frage, ob Framböšie auch bei Tieren vorkomme, resp. auf Tiere übertragbar sei, ist noch nicht gelöst. Es besteht eine Krankheit beim Geflügel, die Ähnlichkeit mit Framböšie hat und auch von einigen Autoren direkt als Framböšie betrachtet wird (CALDEN, Jamaika, *Brit. med. Journ.* 14. Febr. 1903). Andere Autoren (z. B. F. C. FOX, ibidem. 28. Febr. 1903, und NICHOLLS) sprechen sich gegen die Identität der Geflügelkrankheit mit Framböšie aus. HIRSCH soll es gelungen sein, bei Hühnern typische Framböšie zu erzeugen, während BENNETT es nicht gelang.[15]

Bei KRÄMER finde ich die Mitteilung, dafs es auf Samoa framböšiekranke Pferde gebe; „wenigstens hatten dieselben hühnerei- bis apfelgrofse Geschwülste an Kopf und Beinen, die papillomatöses Aussehen aufwiesen; die Samoaner nennen diese Pferdekrankheit auch Tona wie beim Menschen".

Beim Lesen der Angaben von KRÄMER erinnerte ich mich, in Deli häufig bei wilden Hunden (Kladakkern) papilläre Geschwülste, meist an den Genitalien sitzend, gesehen zu haben. Ich suchte Auskunft über die Natur dieser Geschwülste zu erhalten, bis anhin aber leider erfolglos.

Pathologisch-anatomische Veränderungen bei Framböšie. Mein Untersuchungsmaterial stammt von verschiedenen Framböšiepatienten. Aus begreiflichen Gründen legte ich darauf Gewicht, kleinere in Entwicklung begriffene Knötchen zu entnehmen. Der gröfste von mir entfernte Knoten hatte etwa Erbsengröfse, der kleinste war etwa stecknadelkopfgrofs. Das Material wurde in Alkohol mit Zusatz von 2 % Formol konserviert,[16] dann in Alkohol von steigender Konzentration gehärtet, in Celloidin gebettet und auf 10—15 Mikra geschnitten. Es wurden sowohl die gewöhnlichen Übersichtsfärbungen, als auch spezielle Färbungen auf einzelne Gewebsbestandteile und pathologische Veränderungen (Collacin und Collastin usw.) und besondere Bazillenfärbungen vorgenommen.

Der Prozefs scheint bei der Framböšie von den oberflächlichen Lagen des Coriums auszugehen. Er äufsert sich in einer Zellansammlung um die Gefäfse herum, speziell an den Teilungsstellen derselben, und in Erweiterung der papillaren und subpapillaren Gefäfse.

---

[15] Über seine Impfversuche berichtet BENNETT: *Journal of tropic. medicine nov.* 1900. S. 89. Inokulation.

[16] Ein Formolzusatz zum Alkohol bewährt sich nicht, da gerade die wichtigsten Färbungen (PAPPENHEIM-UNNA; Bazillenfärbung) mehr oder weniger leiden; Alkohol ohne weiteren Zusatz ist vorzuziehen.

Die Zellansammlungen treten bei Übersichtsfärbungen z. B. mit polychromem Methylenblau und Differenzierung mit Glycerin-Äther-Mischung deutlich hervor. Entsprechend den Gefäfsen zeigen diese Zellanhäufungen oft langgestreckten Verlauf, und ziehen sich in die Papillen hinein; teils aber sind sie in rundlichen Herden oder an den Teilungsstellen der Gefäfse in Gabelformen angeordnet.

Pyronin-Methylgrün-Färbung nach PAPPENHEIM-UNNA läfst erkennen, dafs diese Zellen dem Typus der UNNAschen Plasmazellen entsprechen. Es sind grofse, ovale oder polygonale Zellen mit reichlichem, rotgefärbtem Granoplasma und einem exzentrisch gelegenen blaugefärbten Kern.[17]

Neben den grofsen, voll entwickelten Plasmazellen finden wir noch andere, kleinere mit weniger Granoplasma.

Die Bindegewebszellen sind nicht vermehrt; dagegen sieht man (bei Färbung mit polychromem Methylenblau) ziemlich reichliche Mastzellen. Die Bindegewebsfasern lassen keine Veränderung erkennen. Mit Orcein zeichnet sich das elastische Netz in grofser Feinheit und Deutlichkeit ab; eine Verminderung der elastischen Fasern an den erkrankten Stellen konnte ich nicht konstatieren. In den frühesten Stadien läfst das Epithel keine Veränderung erkennen. Auch die Gänge und Knäuel der Schweifsdrüsen, die Haare und Talgdrüsen sind unverändert. Je vorgeschrittenere Stadien der Frambösie zur Untersuchung gelangen, um so deutlicher ausgesprochen sind die oben erwähnten Veränderungen in der Cutis, wobei sehr bald auch das Epithel in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die umschriebenen Plasmazellnester, die wir bereits gesehen haben, haben in voll entwickelten Stadien an Ausdehnung und Dichtigkeit ganz enorm zugenommen und sind oft ineinander übergeflossen, so dafs die Papillarschicht aus einem einzigen dichten Infiltrat besteht. Aber auch in den oberen und mittleren Lagen der eigentlichen Cutis finden sich da und dort gröfsere und kleinere Zellherde vor, die selbst bis zu den Knäueln der Schweifsdrüsen hinunter reichen. Diese unregelmäfsig zerstreuten Zellhaufen liegen oft in der Nähe von Haarfollikeln, von Schweifsdrüsen usw., also überall da, wo die Versorgung mit Blutgefäfsen eine reichliche ist. Im Zellinfiltrat, das in den frühen Stadien fast ausschliefslich aus Plasmazellen besteht, finden wir in den vorgeschrittenen Stadien neben den Plasmazellen zahlreiche, zum gröfsten Teil mehrkernige Leukocyten. Bei frischen, mehr peripher gelegenen Herden sind die Plasmazellen von einem Hof von Leukocyten umgeben, bei den gröfseren Herden und dem eigentlichen diffusen papillaren Infiltrat sind die Leukocyten reichlich auch im Plasmom enthalten.

---

[17] Die Körnung des Protoplasmas kommt in meinen Präparaten mangelhaft zum Ausdruck. Wahrscheinlich hat der schwache Formolzusatz schädlich gewirkt.

Digitized by Google

Von den Zellelementen des Coriums zeigen die fixen Bindegewebszellen leichte Wucherungserscheinungen; sie sind grofs, mit reichlichem, aufgehelltem Protoplasma. Auch Mastzellen trifft man häufig, sie zeigen die gewöhnliche Form, sind da und dort zerstreut, meist in der Nähe der Gefäfse und der Follikel. Riesenzellen fehlen vollständig. Kollagenfärbungen weisen zwischen den Plasmazellen des papillaren Infiltrates nur feine spärliche Bindegewebsfasern auf, die nur ausnahmsweise zu gröberen Bündeln vereinigt sind. Bei Färbungen auf Collastin (Methylenblau — Fuchsin — Tannin) sieht man zwischen den normalerweise rot gefärbten Bindegewebsfasern auch kurze blau gefärbte eingesprengt in allerdings spärlicher Anzahl. Dieselben finden sich nicht nur an Randpartien, sondern da und dort mitten zwischen gut gefärbten Stellen des Präparats. Andere geeignete Färbungen (Safranin — Wasserblau — Tannin) geben analoge Resultate. Das elastische Gewebe bleibt im Gebiete des Zellinfiltrats in der Papillarschicht erhalten; doch sind die Fasern auseinandergedrängt und dadurch anscheinend spärlicher und feiner. In den unterliegenden Partien sind die elastischen Fasern in normalem Mafse vorhanden. Die Gefäfse der Cutis sind auch in den vorgeschrittenen Stadien stark erweitert; eine Neubildung von Gefäfsen hat nicht stattgefunden. Die Wandungen der Gefäfse haben im allgemeinen keine Veränderung eingegangen; ausnahmsweise scheint das Endothel gewuchert und in das Lumen vorspringend.

Während, wie oben erwähnt, in den allerersten Stadien das Epithel keine Veränderung zeigt, machen sich an ihm später sehr rasch Veränderungen bemerkbar, bestehend in Verlängerung und mäfsiger Verbreiterung der Epithelzapfen, in Erweiterung der Interspinalräume und einer Lockerung der Hornlamellen. Dazu gesellt sich in späteren, voll entwickelten Stadien neben einer immer stärkeren Wucherung der Stachelschicht eine Durchwanderung des Epithels mit Leukocyten, die eigentlich kleinste interepitheliale Abszesse bilden.

In den voll entwickelten Stadien hat das hypertrophische Epithel sich gleichsam in das Corium resp. das von den Plasmazellen und Leukocyten gebildete Infiltrat hineingesenkt; die Epithelzapfen sind kolossal verlängert und in Winkeln abgebogen, und so hat sich ein netzförmiges Epithelgewebe gebildet, das in seinen Maschen scheinbar abgeschlossene Nester von Plasmazellen aufweist, während wir an anderen Stellen wieder umgekehrt scheinbar vollständig isolierte Epithelinseln sehen. Bei oberflächlicher Durchsicht des Präparates könnte man oft an ein spitzes Condylom oder gar an gewisse Formen von Hautcarcinom denken.

Gegenüber dieser enormen Wucherung des interpapillaren Teils der Epidermis ist der suprapapillär gelegene Teil nur mäfsig verdickt. Der mächtig vergröfserte Papillarkörper mit den stark erweiterten Blutgefäfsen

Digitized by Google

ist also im Bereiche des Knotens von einer relativ dünnen suprapapillären Epithelschicht überlagert, woraus sich das leichte Auftreten von kleinen Blutungen und die typische Himbeergestalt des Frambösieknotens erklärt.

Die Stachelzellen sind grofs, scharf konturiert, mit deutlichem Kern; wie schon in den früheren Stadien kann man auch hier deutliche perinukleäre Höfe erkennen. Die Intercellularräume sind ganz bedeutend verbreitert. Die ganze Epithelschicht ist mit Leukocyten überschwemmt, stellenweise so reichlich, dafs die Lymphspalten zu eigentlichen Hohlräumen, ausgefüllt mit Leukocyten, erweitert sind. Diese miliaren Abscesse finden sich sowohl supra- als auch interpapillär. Die Epithelzellen, die diese miliaren Abscesse umgeben, sind abgeplattet, im übrigen unverändert. Die Auswanderung von Leukocyten aus der Papillarschicht ist stellenweise eine so reichliche, dafs die Grenzen zwischen ihr und dem Epithel verwischt sind.

In den jugendlichen Stadien war keine Veränderung der Körnerschicht und nur geringfügige Veränderung der Hornschicht (Auflockerung der Lamellen) wahrzunehmen. In den späteren Stadien liegen die Verhältnisse anders. Verfolgt man nämlich die Körnerschicht vom gesunden Gewebe ausgehend nach dem Frambösieknoten hin, so hört sie etwa auf einem Dritteil oder der halben Höhe des Knotens auf, und damit verschwindet auch die normale Hornschicht. Statt derselben finden wir eine sechs- bis achtfach so breite, kernhaltige Schicht. Die Kerne gehören zum kleineren Teil epithelialen, unvollständig verhornten Zellen, zum weitaus gröfseren Teile Leukocyten an. Die letzteren sind oft so zahlreich, dafs die Grenze zwischen Stachelzellen- und Hornschicht eine unbestimmte wird und nur durch geeignete Färbungen (Hämatoxylin — Eosin) aufrecht erhalten werden kann. Die Lamellen der Hornschicht sind vielfach durch Leukocyten auseinander gedrängt, oft durch streifenförmige Fibrin-Einlagerungen. Stellenweise ist die Hornschicht vollständig oder bis auf einige Inseln zugrunde gegangen und durch eine aus Detritus bestehende Schicht ersetzt.

Auch an den Adnexen der Haut, den Haaren und Drüsen lassen sich einige Veränderungen wahrnehmen. An den äufseren Wurzelscheiden macht sich stellenweise eine starke Wucherung geltend in Form von zapfenförmigen Ausläufern. Die Schweifsdrüsen sind in späteren Stadien erweitert und weisen einen feinkörnigen Inhalt auf; der anatomische Bau der Schweifsdrüsen sowohl wie auch der Talgdrüsen bleibt dagegen unverändert. Die Haarbalgfollikel sind oft erweitert. Sehr häufig ist die Umgebung der Talgdrüsen entzündlich verändert (Perifolliculitis); hier und da kann man Durchbruchserscheinungen in die Follikel wahrnehmen, so dafs diese oft ganz mit Eiterkörperchen ausgefüllt sind (Folliculitis).

Digitized by Google

Häufig ist die erweiterte Mündung der Follikel mit einer Borke, bestehend aus dicht in einander gedrängten Leukocyten, Detritusmassen usw., zapfenartig abgeschlossen. An anderen Stellen senkt sich die Hornschicht in die erweiterten Follikelöffnungen hinein, und diese Zapfen mit oft zwiebelartiger Schichtung erinnern teilweise an Hornperlen.

Da unsere Präparate von dunkelpigmentierten Individuen stammen, so tritt uns in den untersten Lagen der Stachelschicht, sowie in den zahlreichen Zellen des Coriums ungemein reichliches feinkörniges, braunes Pigment entgegen. Das Pigment ist gröfstenteils intra-, doch auch intercellulär zwischen den Stachelzellen gelagert. Im Gebiete des Knotens ist das Pigment spärlicher, da es sich über eine bedeutend gröfsere Oberfläche verteilt hat.

Fassen wir die pathologischen Veränderungen bei Frambösie kurz zusammen, so haben wir zuerst eine ausgesprochene typische Plasmombildung, die sich rasch mit entzündlichen Erscheinungen kombiniert. Veränderungen im Epithel treten sehr bald hinzu, die sich äufsern als eine Hypertrophie der Stachelschicht, eine Akanthose, zu der sich noch eine Hyper- und Parakeratose mit Einwanderung von Leukocyten gesellt.

Über jene Stadien, wo die Frambösieknoten in Abheilung begriffen, wo sie vollständig verschwunden sind und nur noch Pigmentflecke zurückgelassen haben, kann ich nichts mitteilen, da ich leider versäumt habe, diesbezügliches Material zu sammeln. Auch in der Literatur fand ich darüber keine Angaben; Mac Leod bemerkt einzig, „dafs die Zunahme des Pigments (nach der Heilung) hauptsächlich in den unteren Schichten der Epidermis, in der Papillarschicht und deren unmittelbarer Umgebung stattfinde“. Über den Bakterienbefund in Schnitten kann ich heute, wie bereits erwähnt, nichts Eindeutiges, Bestimmtes mitteilen.

Diagnose. Der Arzt, der längere Zeit in den Tropen zugebracht und einige Fälle von Frambösie gesehen hat, wird diese Krankheit meistens ohne grofse Mühe diagnostizieren können. Immerhin läfst sich die Möglichkeit einer Verwechslung der Frambösie mit verschiedenen anderen Krankheiten nicht bestreiten, besonders dann, wenn nicht typische, voll ausgebildete Formen von Frambösie vorliegen.

Der bläschenförmige Beginn der Frambösie-Effloreszenzen z. B. kann (wie schon oben erwähnt wurde) mit Varicellen oder Variola oder mit bestimmten Pemphigusarten, speziell dem Pemphigus vegetans, einige Ähnlichkeit bieten. Genaue Betrachtung der einzelnen Effloreszenzen, die weitere Entwicklung derselben und überhaupt das ganze Krankheitsbild werden stets zu klarer Entscheidung führen.

Frambösie und Verruga peruviana sind lange Zeit mit einander identifiziert worden. Die Verruga peruviana zeigt allerdings ein Exanthem,

Digitized by Google

das mit Frambösie große Ähnlichkeit aufweist. Aber der Krankheitsverlauf ist bei Verruga doch ein ganz anderer: hier ist stets Fieber vorhanden, das im Verein mit den oft profusen Blutungen sehr schnell zu schwerer Blutarmut führt; die inneren Organe und die Schleimhäute sind im Gegensatz zu Frambösie auch ergriffen; die Prognose der Verruga ist eine ernste, da die Mortalität 10—90 % beträgt, und schließlich ist die Verruga auf bestimmte Berggegenden Perus beschränkt, während die Frambösie eine Krankheit der tropischen Küstengegenden in toto ist. Die einzelnen Verrugaknoten zeigen ebenfalls Verschiedenheiten von den Frambösieknoten bei makroskopischer und mikroskopischer Betrachtung, die ersteren sind ungemein stark vaskularisiert, und das Zentrum ist häufig cavernös. Überdies ist der Erreger der Verruga von Odriozola im Blute von fiebernden Kranken und in Schnitten von Verrugaknoten aufgefunden worden.

Die Fälle von Framboesia brasiliana oder Boubas, welche Breda bei Italienern, die in Brasilien gelebt hatten, beobachtet und beschrieben hat, haben mit unserer Frambösie wohl kaum etwas zu tun. Sie lassen sich schon durch das Befallensein der Schleimhäute, durch den ausgesprochen ulcerativen Charakter der Läsionen und deren histologischen Bau von der Framboesia tropicalis unterscheiden. Auch gelang Breda der Nachweis von Bazillen, was, wie wir gesehen, bei Frambösie bis jetzt nicht möglich war.

Ob die Fälle von Frambösie, wie sie von englischen Autoren auf den Fidji-Inseln beobachtet worden sind, mit unserer Frambösie identisch sind, erscheint mir als eine vorläufig noch offene Frage. Sind die aus den Fidji-Inseln beschriebenen Fälle von Ulceration des weichen Gaumens, des Rachens, die Fälle von Nervenaffektionen, von Abortus, und die schweren Spätsymptome, wie ich sie oben ausführlich besprochen habe, wirklich auf Frambösie (und nicht etwa auf Syphilis oder Tuberkulose) zu beziehen, so besitzt die Frambösie auf den Fidji-Inseln einen besonderen Charakter, und sie darf mit dem gleichen Rechte von unserer Framboesia tropicalis ausgeschieden werden, wie die Fälle von Breda.

Von der Orientbeule wird man die Frambösie wohl stets auseinanderhalten können. Die Orientbeule ist eine Lokalerkrankung; sie tritt nur an den unbedeckten Körperstellen auf; der Krankheitsprozeß ist ein geschwüriger, und es hinterläßt also die Orientbeule immer eine Narbe; Allgemeinerscheinungen fehlen bei der Orientbeule gänzlich.

Eine Verwechslung der Frambösie mit Mycosis fungoides wird man mit Leichtigkeit vermeiden können, besonders wenn man das ganze Krankheitsbild ins Auge faßt.

Viel schwieriger aber ist die Unterscheidung der Frambösie von

gewissen Syphilisformen, und der europäische Arzt wird im Beginne seiner Praxis in den Tropen oft im Zweifel sein, ob er es mit Syphilis oder mit Frambösie zu tun hat. Auch mir ist es im ersten Jahre meiner Praxis in Tebing tinggi so ergangen, und meine irrtümliche Diagnose auf Syphilis bei Framböslepatienten rief begreiflicherweise bei diesen eine grofse Unzufriedenheit hervor. Ich schenkte daher in der Folge der Differentialdiagnose zwischen Frambösie und Syphilis mein besonderes Augenmerk. Ich darf meinen Fehler um so eher ohne Scheu eingestehen, da selbst HUTCHINSON in ähnlicher Weise geirrt und einen Fall von Syphilis als Frambösie angesprochen hat.[18]

Syphilis und Frambösie stimmen in einer Reihe von Punkten mit einander überein. Beide Krankheiten sind exquisit kontagiös. Die Frambösie hat wie die Syphilis zwei Inkubationsstadien: eines, das dem Auftreten der Muttereffloreszenz, und eines, das der Allgemeineruption vorangeht; die Dauer dieser Inkubationsstadien ist annähernd dieselbe, wie bei der Syphilis. Gewisse Formen von Syphilis können, wenn wir nur auf das Morphologische abstellen, mit den Framböseknoten täuschend ähnlich sein; ich erinnere hier an die Syphilis vegetans, welche ihres Aussehens wegen ja auch Syphilis framboesieformis genannt wird. Dafs durch Zusammenfliefsen von Framböseeffloreszenzen Condylome vorgetäuscht werden, und dafs die Krusten von Framböseknoten einer Rupiaborke ähnlich sein können, wurde bereits oben gesagt. Bei Frambösie sowohl, wie auch bei Syphilis bleibt kein Teil der Körperbedeckung verschont; besonders gerne aber sitzen die Läsionen an den Übergängen der Haut in die Schleimhäute (Nase, Mund, Anus). Endlich haben die zwei sogenannten spezifischen Heilmittel der Lues, Quecksilber und Jodkalium, auch bei Frambösie einen günstigen Einflufs.[19]

---

[18] Das *British medical Journal* und das *Journal of trop. medic.*, 1900, bringen eine Besprechung über a Discussion of Yaws, welche in der Britischen Ärzte-Gesellschaft stattfand. HUTCHINSON demonstrierte einen Fall von Framböse und hob an Hand dieses Falles die Identität von Framböse mit Syphilis hervor. Die Ansichten HUTCHINSONS wurden lebhaft bestritten, und schliefslich machte KENNETH MAC LEOD darauf aufmerksam, dafs der von HUTCHINSON demonstrierte Patient überhaupt nicht an Framböse, sondern an Syphilis leide, und die Anwesenden stimmten nach dem Referat im *Journal of trop. medic.* alle mit dieser Diagnose überein.

[19] Diesen Punkten von Übereinstimmung zwischen Framböse und Syphilis fügt DE BOISSIERE in seiner Zusammenstellung „Yaws and syphilis" noch bei: „die bedeutende Ähnlichkeit der tertiären Erscheinungen beider. Aus eigener Erfahrung habe ich Patienten (Fidjianer) beobachtet, welche Gummata am unteren Ende des Sternums hatten, und welche wohl von 99 % der Mediziner für tertiäre Syphilis betrachtet worden wären." Dafs ich inbetreff der tertiären Symptome von Framböse sehr skeptisch bin, habe ich oben dargelegt. Ebenfalls scheint mir der Beweis noch dafür auszustehen, wenn DE BOISSIERE sagt: „Die Yaws der Fidjianer scheint eine Immunität gegen Syphilis zu verleihen."

Digitized by Google

Diesen Punkten von Übereinstimmung zwischen Frambösie und Syphilis stehen aber zahlreiche andere Momente gegenüber, die uns dazu führen werden, an der Verschiedenheit der beiden Krankheiten festzuhalten.

Die Frambösie ist in den Gegenden, wo sie endemisch herrscht, eine ausgesprochene Kinderkrankheit, und die Infektion erfolgt nie, oder doch nur ganz ausnahmsweise auf sexuellem Wege. Syphilis befällt am häufigsten Erwachsene und hat meistens an den Genitalien ihre Eingangspforte. Die Muttereffloreszenz der Frambösie weist mit den Effloreszenzen der Allgemeineruption eine grofse morphologische Ähnlichkeit auf; für Syphilis dagegen ist gerade die Polymorphie der verschiedenen Stadien charakteristisch. Bei Frambösie kommt es zu keinem Haarausfall, zu keinen Kahlkopf-, Augen-, Nervenaffektionen, die Schleimhäute und inneren Organe sind stets frei; die Prognose quoad vitam bei der Frambösie ist günstig, und die Krankheit heilt spurlos, wenn keine Sekundärinfektion der Knoten stattfindet. Die Syphilis ergreift auch die Schleimhäute und inneren Organe sehr häufig; sie bedingt Haarausfall und kann (wenigstens im tertiären Stadium) schwere Zerstörungen und Narbenbildung zurücklassen. Die Lymphadenitis bei Frambösie ist eine regionäre, die geschwollenen Drüsen sind schmerzempfindlich; bei Syphilis haben wir eine allgemeine Lymphadenitis und sind die Drüsen indolent. Der Frambösiepatient ist (wenigstens im Anfang) von sehr heftigem Jucken geplagt, bei Syphilis fehlt es immer. Die Muttereffloreszenz bei Frambösie hat niemals Ähnlichkeit mit einem Ulcus durum und stimmt im Aussehen mit den späteren Effloreszenzen überein. Die himbeerförmigen Tochtereffloreszenzen sind für die Frambösie typisch, während diese Form des Ausschlages bei Syphilis (vegetans sive framboesieformis) sehr selten ist.[20]

Das Allgemeinbefinden ist bei Frambösie selten in erheblichem Mafse gestört, Frambösie kann spontan ausheilen, und die Krankheit überträgt sich nicht durch Vererbung, Syphilis dagegen greift die allgemeine Ge-

[20] Das abweichende Aussehen der Frambösiegeschwülste von den gewöhnlichen Syphilisformen dürfte nach SCHEUBE darauf zurückzuführen sein, dafs „bei den farbigen Rassen anscheinend die Cutis bei Entzündungsprozessen eine Neigung zu Wucherung besitzt, die sich auch in den bei denselben so häufigen Keloiden äufsert." Abgesehen davon, dafs beim Keloid Papillarkörper und Epithel intakt bleiben, bei dem Frambösieknoten aber gerade diese Teile der Haut ergriffen sind, möchte ich doch betonen, dafs eine solche Neigung der Cutis zu Wucherung resp. zu Keloidbildung bei den farbigen Rassen von Deli keineswegs so hervorstechend ist. Ich habe Narben-Keloidbildung in meinem Hospital äufserst selten beobachtet, und glaube denn auch, dafs die Keloidbildung nicht auf einer Rasseneigentümlichkeit beruht, sondern vielmehr auf eine unzweckmäfsige Wundbehandlung zurückzuführen ist.

Digitized by Google

sundheit stets an; spontane Heilungen erfolgen nur ausnahmsweise und hereditäre Übertragung kann nicht bezweifelt werden.

Tertiäre Erscheinungen sind bei Syphilis, speziell bei nichtbehandelter, häufig; die Frage der Spätsymptome bei Frambösie ist dagegen noch eine strittige; auf jeden Fall sind Spätsymptome die Ausnahme. Aus einem günstigen Einfluſs von Quecksilber und Jodkalium auf die Framböste kann man heute kaum mehr auf eine nahe Verwandschaft dieser Krankheit mit Syphilis schlieſsen. Wir wissen ja, daſs z. B. auch bei Aktinomykose Jodkalium günstig wirkt, und auch die sog. Spezifizität des Quecksilbers bei Lues ist wohl in anderem Sinne zu verstehen, als dies früher geschah. Framböste ist schlieſslich eine exquisite Tropenkrankheit, die hauptsächlich auf dem Lande verbreitet ist;[21] die Syphilis dagegen hält sich besonders an die Städte, und ihrer Verbreitung sind geographisch keine Grenzen gesetzt.

Wenn SCHEUBE seine Annahme einer nahen Verwandtschaft zwischen Framböste und Syphilis stützen will mit dem Bericht, daſs auf den Antillen und in Brasilien die Bezeichnung für Framböste Bubas laute, mit welchem Namen die spanischen Schriftsteller zu Anfang des 16. Jahrhunderts die Syphilis in Westindien bezeichnet haben, so darf ich wohl dagegen auch geltend machen, daſs die Eingeborenen in Deli sehr scharf zwischen Framböste und Syphilis unterscheiden und eine Identität dieser beiden Krankheiten auf das entschiedenste bestreiten.[22]

Wichtig aber in erster Linie für die Charakterisierung der Framböste als Krankheit sui generis und speziell für ihre Unterscheidung von der Syphilis sind die Ergebnisse der Impfversuche von CHARLOUIS. Bei Framböste gelingt nach CHARLOUIS eine Autoinokulation, bei Syphilis ist sie unmöglich. CHARLOUIS hat auch erfolgreich Syphilitikern Fram-

---

[21] Auf diesen Punkt macht KYNSEY für Ceylon und REES für die Kapkolonie aufmerksam.

[22] HUTCHINSON zieht zum Beweise der Identität von Framböste und Syphilis auch die Angabe heran, daſs die Fidjianer einer eigentümlichen Lebererkrankung unterworfen seien, welche einige Ähnlichkeit mit syphilitischer Lebercirrhose habe, und welche nach HUTCHINSON zweifelsohne eine Folge von später oder hereditärer Syphilis sei. Ich habe über diese Lebererkrankung zwar keine weiteren Angaben gefunden, aber ich möchte hier doch hervorheben, daſs nach den Untersuchungen von Dr. MAURER (Das Wesen der Beriberi und indischen Spruw) gerade bei der in den Tropen so sehr verbreiteten indischen Spruw neben den Darmstörungen Leberveränderungen ungemein häufig angetroffen werden, die auch post mortem als eigenartige Cirrhose ihren Ausdruck finden. — Ob die Sibbens in Schottland und der Button-Scurvy in Irland als Framböste oder als Syphilis zu betrachten sind, braucht meiner Ansicht nach bei der Frage über die Identität der Yaws und der Lues nicht erörtert zu werden und kann auf jeden Fall nicht ausschlaggebend sein, weil man über beide Affektionen (Sibbens und Button-Scurvy) sich keine eindeutigen Bilder mehr machen kann.

Digitized by Google

bösie eingeimpft und vice versa und dadurch bewiesen, daſs Frambösie und Syphilis zwei verschiedene Krankheiten sind.[23]

Aus seinen Versuchen hat Charlouis, wie wir oben bereits erwähnt haben, den Schluſs gezogen, daſs einmaliges Überstehen der Krankheit keine Immunität verleihe. Die Immunität, welche aber bei der Frambösie nach den praktischen Erfahrungen tatsächlich besteht, bildet sich nur ganz allmählich aus, und sie ist auch vielleicht niemals eine absolute. Bei Syphilis dagegen ist schon im primären Stadium der Körper gegen eine zweite Infektion immun, und eine Autoinokulation gelingt also niemals.

Auch die histologische Untersuchung der Effloreszenzen ergibt einige Anhaltspunkte, um Frambösie von Syphilis zu unterscheiden. Anatomisch ist für Syphilis das Befallensein des Gefäſssystems, besonders auch die Veränderungen der Gefäſswände charakteristisch, und diese Veränderungen finden sich in allen Stadien der Lues. Bei der Frambösie dagegen sind die Gefäſswände intakt. Erweiterung der Gefäſslumina, Erweiterung der Lymphspalten, wie es zum Bilde der Frambösie gehört, treffen wir nicht oder nur selten bei Syphilis an. Die gröſseren Frambösieknoten sind ungemein häufig mit Krusten bedeckt, die natürlich auch im mikroskopischen Bilde erkennbar sind, die syphilitischen Rupiaborken sind im ganzen selten. Der syphilitische Prozeſs läſst die Epidermis im allgemeinen unverändert, auf jeden Fall sind die Epithelveränderungen nicht so regelmäſsig wie bei Frambösie. Die starke Leukotaxis, die wir bei gröſseren Frambösieknoten fast ausnahmslos finden, fehlt bei nicht komplizierter Syphilis. Die bedeutende Exsudation, die Lockerung des Epithels und konsekutive Infektion bei Frambösie bieten einige Ähnlichkeit mit gleichen

---

[23] Dieser Versuch wäre übrigens nicht einmal nötig gewesen, denn der Arzt bekommt in den Tropen häufig Syphilitiker in Behandlung, welche in ihrer Jugend Frambösie durchgemacht haben. Ich habe bei zahlreichen syphilitischen Patienten anamnestische Angaben über früheres Durchstehen von Frambösie erhalten, und durfte diesen positiven Antworten um so mehr Glauben schenken, weil vielfach charakteristische Narben von ulcerierten Frambösieknoten für die Richtigkeit der gemachten Angaben sprachen. Wo übrigens die Frambösie endemisch herrscht und sozusagen alle Einwohner befällt (wie z. B. in Deli) da müſste man a priori annehmen, daſs Syphilis selten angetroffen würde. Daſs aber Frambösie und Lues nebeneinander in manchen Tropengegenden ungemein verbreitet vorkommen, darüber besteht kein Zweifel. Einzig aus den Fidji-Inseln wird berichtet, daſs die Frambösie den Eingeborenen (Fidjianern) eine Immunität gegen Syphilis zu verleihen scheine. Ich muſs gestehen, daſs es mir schwer fällt, dieser Angabe Glauben zu schenken, denn sie widerspricht allem, was über Ausbreitung der Lues in anderen Gegenden bekannt ist; auf jeden Fall läſst sich die Angabe über eine durch Frambösie verliehene Immunität gegen Syphilis nur durch Annahme von ganz besonderen Verhältnissen erklären.

Digitized by Google

Erscheinungen bei der **Mycosis fungoides**, aber hier besteht zugleich eine ausgesprochene Neigung zu Zerfall des Zellenprotoplasmas, die bei Framböslie nicht vorhanden ist.

Riesenzellen, hyaline und kolloidale Degenerationen — wie sie allerdings selten bei Syphilis angetroffen werden — findet man bei Framböslie nicht. Eine Organisation des Bindegewebes, zu der der syphilitische Prozeſs neigt, tritt bei Framböslie vollkommen in den Hintergrund. Umgekehrt kommt es bei der Framböslie auch nicht zu einer Degeneration und selbst Nekrose des Bindegewebes, wie man sie bei Syphilis antreffen kann. Der Typus der Plasmazelle endlich ist bei der Framböslie nach Unna besser erhalten als in irgendeinem anderen Granulom.

Die klinischen und anatomischen Unterscheidungsmerkmale zwischen Syphilis und Framböslie sind also zahlreich und dürfen als so schwerwiegend angesehen werden, daſs **daran festgehalten werden muſs, die Framböslie als eine von Syphilis verschiedene Krankheit sui generis zu betrachten.** Es dürfte daher die Ansicht Hutchinsons unbewiesen scheinen, der die Framböslie als die Mutter der Lues bezeichnet, die aus Westafrika nach Europa verschleppt worden sei; und auch Scheube wird nicht allgemeine Zustimmung finden, wenn er die Framböslie als „eine endemische, durch Rasseneigentümlichkeiten modifizierte Form der Syphilis betrachtet, welche infolge der ungünstigen hygienischen Verhältnisse, unter denen die Eingeborenen der betreffenden Länder leben, hauptsächlich auf extragenitalem Wege sich fortpflanzt und daher hauptsächlich Kinder befällt".

Wir müssen hier auch noch die Frage erörtern, ob die in Niederländisch-Indien „Bubul" und „Blah" genannten Affektionen mit der Framböslie in näherer Beziehung stehen oder nicht. Van de Burg und Martin identifizieren nämlich die auf malayisch „Bubul" genannte Granulationsbildung mit der Framböslie, und de Boissiere beschreibt als Tertiärsymptom der Framböslie unter dem Namen „Soki" die gleiche Affektion von den Fidji-Inseln.

Mit Bubul bezeichnet man ein kleines Granulom an den Fuſssohlen, das nur ausnahmsweise multipel vorkommt, und das sehr schmerzhaft ist, so lange es die harte Hornschicht der Fuſssohle nicht durchbrochen hat.

Schon im klinischen Teil ist erwähnt worden, daſs eine Lokalisation der Framböslie in den Handtellern und auf den Fuſssohlen zwar von den meisten Autoren angenommen wird, mit meinen Erfahrungen aber im Widerspruche steht.

Ein Beweis für den tatsächlichen Zusammenhang von Bubul mit Framböslie ist nicht erbracht; denn daſs Bubul häufig bei Leuten vorkommt, die in früheren Jahren Framböslie durchgemacht haben, läſst

doch bei einer so allgemein verbreiteten Krankheit, wie Frambösie, keinen Schlufs zu auf eine ursächliche Beziehung dieser zwei Affektionen zu einander. Es wäre aber im Gegenteil sehr auffallend, wenn Bubul nur etwa bei Leuten auftreten würde, die von Frambösie verschont blieben. Und ebensowenig kann es sich bei Bubul um ein (abnorm lokalisiertes) Framböslerezidiv handeln, da, wie schon oben erwähnt, Framböaie eine Immunität gegen eine zweite Erkrankung verleiht.

Bubul dürfte daher viel eher — und ich weifs mich in dieser Hinsicht in Übereinstimmung mit Kollegen in Deli, welche ich hierüber beraten habe — als ein sogenanntes „traumatisches Granulom" zu betrachten sein, das hervorgerufen ist durch das Eindringen eines Dornes oder eines spitzen Sandkorns usw. in die tiefere Epidermis und in das Corium hinein, wo sich dann, bedeckt von einer harten Hornschicht eine Granulationsgeschwulst (Bubul) bilden kann. Solche kleine Verwundungen lassen sich ja bei dem steten Barfufsgehen der Eingeborenen leicht erklären. Auch „Blah" hat meiner Ansicht nach mit Framböaie nichts zu tun. Van de Burg führt Blah als Folgekrankheit der Framböaie auf, behauptet aber einen Zusammenhang beider Affektionen nicht mit Bestimmtheit. Blah ist eine diffuse Hyperkeratose auf nicht entzündlicher Basis, begleitet von tiefer Schrundenbildung; gewöhnlich befällt sie symmetrisch beide Fufssohlen, seltener tritt sie einseitig auf. Ausnahmsweise sind auch die Palmae ergriffen. Man findet sie weder bei Kindern, noch irgendwie hereditär vorkommend. Ich sah diese Affektion nicht gerade häufig, trotzdem die meisten Kulis, unter denen ich sie getroffen habe, den gleichen Schädlichkeiten (Barfufsgehen, Gehen durch den Busch usw.), die man vielleicht als ätiologische Momente anschuldigen könnte, ausgesetzt sind.

Dafs Blah syphilitischen Ursprunges wäre, dafür habe ich keine Anhaltspunkte finden können, wie mir auch ein Zusammenhang mit Framböaie zum mindesten unbewiesen erscheint.

Prognose: Die Prognose bei einer Framböaie-Erkrankung ist im allgemeinen günstig zu nennen, sowohl quoad vitam als auch quoad sanationem. Wir haben bereits erwähnt, dafs z. B. für Niederländisch-Indien und auch für Westindien die Mortalität nur 2% beträgt. Gefährdet sind eigentlich nur schwächliche Individuen, namentlich schwache Kinder. Anderseits aber kann die Framböaie in Gegenden, wo sie frisch eingeschleppt worden ist, einen sehr ernsten Charakter annehmen. Dafs uns unbekannte lokale Verhältnisse die Framböaie in den Fidji-Inseln zu einer so schweren Erkrankung stempeln, ist bei der Besprechung der „tertiären" Symptome hervorgehoben worden.

Therapie: Die Prophylaxe wird nach Ansicht aller Autoren hauptsächlich auf Pflege der Haut, gröfste Reinlichkeit des Körpers und der

Digitized by Google

Wohnungen hinzielen müssen. Wo die Frambösie epidemisch auftritt, wie z. B. in Trinidad, Domingo usw., müfste zur Isolierung der Kranken geschritten werden. Kleider, Wohnungen usw. der Kranken wären natürlich zu desinfizieren, oder wo der Wert dieser Gegenstände kein bedeutender wäre, am besten zu verbrennen. In Gegenden, wie in Deli, wo die Krankheit einen so milden Verlauf zeigt, und wo zudem der Frambösie von den Eingeborenen ein wohltätiger Einfluſs auf die spätere Gesundheit zugeschrieben wird, würde eine strenge Isolation der Kranken und eine peinliche Desinfektion sicher als dem Volksempfinden widersprechend auf Widerstand stofsen und darf daher füglich unterbleiben.

Von einer künstlichen Einimpfung der Frambösie zum Schutze gegen eine schwerere Erkrankung habe ich in Deli nichts gehört.[24]

Ist Frambösie einmal ausgebrochen, so warten die Eingeborenen erst die volle Entwicklung des allgemeinen Ausschlages ab, bevor sie eigentliche therapeutische Mafsnahmen treffen. In der ersten Zeit hat der Frambösiepatient nichts anderes zu tun, als sich ein paarmal des Tages im Flusse zu baden, und seine Diät wird geregelt, indem ihm Genuſs von Fleisch, Fisch und scharfen Gemüsen verboten wird. Sind nach dem Glauben der Eingeborenen alle bösen Säfte aus dem Körper entfernt, und ist der allgemeine Ausschlag reichlich ausgebrochen, so bekommt der Patient abführende Tränke, und das Eintrocknen der Knoten wird befördert durch Aufstreichen eines Breies von pulverisiertem Cuprum sulfuricum (obat trussi) und Wasser.

Nach meinen Erfahrungen hat Arsenik, selbst lange Zeit hindurch gegeben, keinen Effekt. Quecksilber (ich machte gewöhnlich Injektionen von Hydrarg. salicyl.) bringt dagegen hin und wieder den Ausschlag in kürzerer oder längerer Zeit zur Abheilung; doch habe ich Patienten in meinem Hospital beobachtet, bei welchen selbst nach 8—10 Injektionen die Frambösieknoten bestehen blieben, und bei welchen es während der Kur sogar zu neuen Eruptionen kam. Viel besser wirkten nach meiner Erfahrung Jodkalium und Decoct. Zittmanni.[25]

Neben der Verabreichung von innerlichen Medikamenten liefs ich

---

[24] Scheube meldet: Auf Ceylon findet nach Wright eine Art von Einimpfung statt, indem man Kinder Reis von einem Teller oder Blatt, von dem vorher ein Frambösiekranker gegessen hatte, essen läſst; die Kinder bekommen hierauf Frambösie in heftigem Grade, die gleichwohl in ungefähr sieben Tagen unter Behandlung von kleinen Dosen von Hg heilen und die Heftigkeit von späteren Anfällen vermindern soll.

[25] Ich möchte dem Decoctum Zittmanni, dessen günstige Wirkung Dr. Schüffner in Deli auch hervorhebt, keinen „spezifischen“ Einfluſs auf Frambösie zuschreiben, sondern seine Wirksamkeit auf seiner Eigenschaft als „Alterans“ und auf das Durchspülen des Körpers zurückführen.

Digitized by Google

meinen Patienten warme bis heiſse Bäder geben; ein Zusatz von Sublimat zum Bade hat meiner Erfahrung nach keinen Einfluſs. Lokal wandte ich auch Cuprum sulfuricum an, in Breiform aufgelegt, um der Volksmedizin entgegenzukommen.

Von anderen Autoren ist auch die lokale Anwendung von Argent. nitric., Jodtinktur, Ung. hydrarg. ciner., Bismuth. subnitr. usw. vorgeschlagen worden, Bennett erwähnt, daſs er mit einem scharfen Messer das Granulom an der Basis abgetragen und die Wundfläche mit Acid. nitr. oder anderen Causticis geätzt habe. Es sei nach dieser Behandlung zu keiner Narbenbildung gekommen. Gewand meint, durch Ausschneiden der Muttereffloreszenz eine Allgemeineruption verhütet zu haben. Meiner Ansicht nach ist es sehr schwierig, eine Muttereffloreszenz mit Sicherheit zu erkennen, und wird dieser Behandlungsweise daher immer der Vorwurf entgegengestellt werden können, daſs keine Framböesie vorgelegen habe.

Ausgehend von der Überlegung, daſs die Framböesie eine Tropenkrankheit ist, und der Erreger derselben also wahrscheinlich nur in höherer Temperatur gedeiht, könnte man ja auch versuchen, die Muttereffloreszenz mit Kälte zu behandeln, sei es durch Auflegen einer Eisblase, sei es durch Äther- oder Bromethyl-Spray; ich selbst habe keine derartigen Versuche angestellt.

Erklärung der Tafeln.

(Nach photographischen Aufnahmen des Verfassers.)

Tafel 3. Javane Ratmann. Man beachte die Verteilung des Exanthems über den ganzen Körper, speziell im Gesicht, auf der Brust und in den Ellenbogenbeugen. Auch auf dem Abdomen, den Genitalien und den unteren Extremitäten sitzen einige Effloreszenzen. Über dem linken Fuſsgelenk sitzt die Muttereffloreszenz. Die Photographie zeigt auch deutlich die starke Schwellung der Femoral- und Inguinaldrüsen linkerseits, hervorgerufen durch die Muttereffloreszenz.

Tafel 4. Javane Ratmann. Dieses Bild zeigt die zeitliche Entwicklung des Ausschlages, indem die Effloreszenzen im Gesicht bereits vollentwickelt, himbeerförmig sind, während die Knötchen auf dem Hals und der Brust noch glatt, halbkugelförmig aufsitzen. Die Effloreszenzen auf dem Hypogastrium und in der rechten Ellenbogenbeuge, in Gruppen vereinigt, sind kleiner als diejenigen auf der Brust.

Tafel 5. Javane Kromosowaredjo. Man sieht die groſsen Framböesieknoten am Halse, welche zum Teil miteinander konfluiert sind. Das linke Nasenloch ist zur Hälfte ausgefüllt durch einen Framböesieknoten; auch an der Stirnhaargrenze sitzt ein groſser Knoten. Man beachte auch die zahlreichen kleinen, akneähnlichen Effloreszenzen im Gesicht.

Tafel 6. Klingalese Kaniam. Die Effloreszenzen sitzen um den Mund herum, am Kinn, am rechten Naseneingang, in den Augenbrauenbogen und einzelne kleinere Knoten auf der Brust. Die Knoten im Gesicht sind zusammengeflossen und haben ein Aussehen, das an gewisse Formen von Sycosis parasitaria (Trichophytia barbae) erinnert. Das Bild zeigt auch deutlich, daſs durch die Framböesie-Effloreszenzen kein Haarausfall bedingt ist (man beachte Bart und Augenbrauen).

Tafel 7. Malaye Tommasi. Das ganze Gesicht ist übersät mit deutlich himbeerförmigen Effloreszenzen. Auf der Brust und den Armen einige in der Entwicklung noch weniger weit aorgeschrittene Knötchen. Der untere Teil der Platte hat leider eine ganze Anzahl von Staubflecken.

Tafel 8. Javanische Frau Sappi mit Kind Sarida. Dieses Bild zeigt die direkte Übertragung der Frambösie vom Munde des Kindes auf die Brust der Mutter.

Anmerkung. Bei Betrachtung der Bilder mit der Zeissschen Verantlinse 15 cm kommt auch das Plastische zu deutlichem Ausdruck.

Literaturverzeichnis.

Bartels, Bericht über das Vorkommen der Frambösie und des Ringwurms auf den Marschall-Inseln und auf Nauru. *Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamt.* 1901. XVIII. 1. S. 164.

Bennett, Notes on yaws in Trinidad. W. J. *Journ. of trop. med.* Nov. 1900. S. 87.

Boissiere, Raoul de, Filaria and Yaws in Fiji. *Journ. of trop. med.* Juni 1904. S. 179.

Brede, Beitrag zum klinischen und bakteriologischen Studium der brasilianischen Frambösie oder „Boubas". *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. XXXIII. S. 3.

Burg, van der, De geneesheer in Nederlandsch-Indie. Batavia 1887. S. 392.

Charlouis. Über Polypapilloma tropicum (Frambösie). *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1881. VIII. S. 431.

Connolly, Yaws in the Malay peninsula. *Brit. med. Journ.* Juni 1898. S. 1588.

Däubler, Grundzüge der Tropenhygiene. München 1895. S. 82.

Dubreuilh, Le Pian. Bordeaux 1902.

Ducrey, A contribution on the question of yaws and syphilis. *Journ. of trop. med.* Aug. 1900. S. 6.

Finucane, On yaws as observed in Fiji. *Journ. of trop. med.* April 1901. S. 129.

Gewand, Über Polypapilloma tropicum (Framboesia, Yaws). Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1889.

Glogner, Über Frambösie und ähnliche Erkrankungen in den Tropen. *Virch. Arch.* 1902. CLXVIII. S. 443.

Hallen, Yaws in mother and infant. *Brit. med. Journ.* Sept. 1898. S. 895.

Jeanselme, La pratique dermatologique. T. III. S. 898.

— Cours de dermatologie exotique. Paris 1904. S. 158.

Johnson, Notes and observations on diseases of the tropics. *Journ. of trop. med.* Dez. 1900. S. 115.

Kayser, Referat über Cours de derm. exot. von Jeanselme. *Geneesk. tijdschrift voor Nederl. Indie.* Mai 1904. XLIV.

Kiewiet de Jonge, Framboesia. *Geneesk. tijdschrift voor Nederl. Indie.* XLII. S. 310.

Koch, Framboesia tropica und Tinea imbricata. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. LIX. H. 1.

Krämer, Die Samoa-Inseln (die wichtigsten Hautkrankheiten der Südsee). Stuttgart 1902. S. 12.

Kynsey, *Brit. med. Journ.* Sept. 1901. S. 802.

Mac Leod, Contribution to the histo-pathology of yaws. *Brit. med. Journ.* Sept. 1901. S. 797.

Macgregor, An adress on some problems of trop. med. *Journ. of trop. med.* Aug. 1900. S. 65.

Manson, Tropical diseases. 1903. S. 520.

Martin, Über Framboesia tropica auf Sumatra. *Menses Archiv.* 1901. V. S. 177.

Neeb, De Boba-ziekte (Framboesia tropica) in de Oeleasers. *Geneesk. tijdschrift voor Nederl. Indie.* 1901. XLI. S. 431.
Pontoppidan, Yaws und Frambösie. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1882. IX. H. 2.
Rat, J. Numa, A paper on yaws. *Journ. of trop. med.* Juli 1902. S. 205.
Roux, Traité pratique des maladies des pays chauds. 1888. III. S. 309.
Scheube, Die Krankheiten der warmen Länder. Jena 1903. III. S. 393.
Smith, Yaws in Borneo. *Lancet.* Okt. 1894. S. 910.
Thorpe, Gunson, Yaws in the South Sea Islands. *Brit. med. Journ.* Juni 1898. S. 1586.
Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. S. 503.
A discussion on yaws on the 68. annual meeting of the brit. med. Assoc. Ipswich 1900. *Brit. med. Journ.* und *Journ. of trop. med.* Sept. 1900.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Februar 1905.

Originalbericht von Dr. Rudolf Isaac-Berlin.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Bruhns.

Der Vorsitzende teilt vor Eintritt in die Tagesordnung mit, dafs die privaten und staatlichen Zuwendungen für das Finsen-Denkmal bisher Mk. 2300.— betragen, die an das Finsenkomitee nach Kopenhagen abgeführt sind; alsdann gibt er einen kurzen Bericht über die bei Syphilis vorkommenden, von Siegel entdeckten beschriebenen und demonstrierten Protozoengebilde. Der als Gast anwesende Dr. Siegel bedauert, sich hier nicht näher über diesen Gegenstand äufsern zu können, da die in einer Monographie niedergelegten Ergebnisse in der nächsten Sitzung der Akademie der Wissenschaften zur allgemeinen Kenntnis zuerst gebracht würden. Die Frage der sog. Schüllerschen Syphilisbazillen wird von den Herren Immerwahr, Siegel und Richter gestreift.

Tagesordnung:

I. Halle stellt aus der Universitätspoliklinik einen Fall von Erythrodermia chron. vor, der nach der Art seines Entstehungsverlaufs und dem mikroskopischen Befund als **Pityriasis rubra pilaris Hebrae** aufzufassen ist. Es handelt sich um einen 36jährigen Patienten, bei dem vor sieben Jahren ein zuerst roter, nachher nässender und schuppender Fleck sich am linken Oberschenkel zeigte, die Affektion hat sich über beide untere Extremitäten ausgebreitet; zurzeit sind nur die Kniebeugen frei, der Rumpf ist weniger affiziert; deutliche Atrophie am linken Unterschenkel; allgemeine leichte Lymphdrüsenschwellung, starkes Juck- und Kältegefühl; Steigerung der Reflexe, linksseitige Lungenspitzendämpfung, Blutbefund, Urin usw. normal. Therapie: Bäder, Salben und Arsen.

Diskussion: Hoffmann hält die Diagnose auf Grund des vorliegenden mikroskopischen Befundes für völlig gesichert (Verdickung der Arterienwände, Schlängelung, Thrombenbildung usw.).

II. Bernhard Marcuse stellt aus der Universitätspoliklinik vor:

1. Fall von **ulcero-krustösem Syphilid im Gesicht** bei einer 30jährigen Frau, das auf den ersten Blick als impetiginöse Affektion erscheinen könnte. Infektion vor drei Jahren, bisher zwei Inunktionskuren.

Digitized by Google

2. Fall von **syphilitischer Phlebitis** im Frühstadium an der Innenseite des linken Unterschenkels bei einer 28jährigen Patientin. Schnelle Rückbildung nach Einleitung der Schmierkur.

3. Kurze Besprechung eines Falles von hartnäckigem, jeder Therapie trotzenden **framboesiformen Syphilid an der Stirn** bei einer 26jährigen Patientin, bei der die Ansteckung erst kurze Zeit (1904) zurückliegt; Heilung erfolgte erst durch Exstirpation; Erklärung des mikroskopischen Befundes, der sehr an das von Unna beschriebene Bild der nässenden Papel erinnert.

4. Fall von **ausgebildetem Kollateralkreislauf der Thoraco-Abdominalvenen** bei einem 24jährigen Patienten, Kellner, aufgetreten nach Unterbindung und teilweiser Exstirpation beider Venae saphenae magnae im Jahre 1901 wegen variköser, schmerzhafter Knotenbildung in der linken Kniekehle.

Diskussion: Blaschko empfiehlt die Ätzung der framboesiformen Syphilide mit starker Chromsäurelösung. Saalfeld verspricht sich von vorheriger Ätzung mit 5%iger Sublimatlösung noch besseren Erfolg, dem Blaschko durchaus nicht beipflichten kann. Hoffmann zeigt die Photographie eines entsprechenden Falles und erinnert an den seiner Zeit von Lipman-Wulf vorgestellten Fall. Lipman-Wulf bespricht in knapper Form die anatomischen Verhältnisse, die beim Zustandekommen des Kollateralkreislaufs in Betracht kommen.

III. Wechselmann stellt vor:

1. Fall von sog. **Chancre bipolaire ou successif**. Bei dem betreffenden Patienten, der mit einer Sklerose behaftet ist, trat fünf Tage, nachdem er sich am Kinn eine Kratzverletzung beigebracht hatte, daselbst ein hartes Schankergeschwür auf.

2. Fall von **Kerotose pilaire rouge** bei einem 16jährigen Patienten, dessen Erkrankung im dritten Jahre mit Jucken und Hautentzündung der unteren Extremitäten begann, an das sich die Affektion des behaarten Kopfes und des Gesichtes anschloſs, zurzeit besteht eine starke Verdickung der Haut der unteren Extremitäten, in der man deutlich knotige Stellen fühlen kann, der Kopf weist eine der Folliculitis decalvans sehr ähnliche Erkrankung auf, im Gesicht sind besonders die Augenbrauengegend und das Kinn befallen; die Haut der Brust, des Rückens und der oberen Extremitäten nicht verändert.

Diskussion: Blaschko widerspricht der von W. gestellten Diagnose nachdrücklich und glaubt dem Falle keine Gewalt anzutun, wenn man bei ihm zwei nebeneinander bestehende Affektionen annimmt, einmal eine sichere Prurigo Hebrae der unteren Extremitäten, dann auf dem Kopfe und im Gesichte eine dem Bilde der Unnaschen Ulerythema sykosiforme entsprechende, hauptsächlich die Follikel betreffende Erkrankung, die möglicherweise durch Übertragung beim Kratzen usw. sekundärer Natur ist. O. Rosenthal schlieſst sich der Blaschkoschen Ansicht völlig an, desgleichen Lipman. Wechselmann hebt hervor, daſs er natürlich auch an Prurigo Hebrae als primäre Erkrankung gedacht und dies schon bei der Einleitung heute betont habe, und führt alsdann des längeren aus, wie er von dieser Diagnose abgekommen sei; die mikroskopische Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen.

IV. Heller stellt vor eine 59jährige Frau, die in ziemlich erheblichem Grade an **Diabetes** leidet und bei der man unter der wenig veränderten Haut des ganzen Körpers Tumoren von Kirsch- bis Handtellergröſse fühlen konnte, und zurzeit auch noch deutlich wahrnehmen kann; sie zeigen, besonders nach der eingeleiteten diätetischen Ernährungsänderung, Neigung zur Erweichung resp. Verkleinerung, die Haut erscheint über einzelne Knoten alsdann braunrot und leicht infiltriert; in Frage kommen Lipome, Furunkulose, vielleicht abortiver Natur, Venenerkrankungen, maligne

Digitized by Google

oder leukämische Tumoren. Eine Blutuntersuchung resp. Exstirpation konnte wegen des Widerstandes der Patientin nicht vorgenommen werden.

In der Diskussion sprechen sich LESSER und O. ROSENTHAL für die maligne Natur dieser Tumoren aus, die sie als sog. „sarkoide“ Geschwülste auffassen möchten. HALLE glaubt, daſs es sich vielleicht um einen Fall von Sarcoma idiopath. multipl. (KAPOSI), ADLER um eine von den Gefäſsen ausgehende Affektion handelt, während BAUM sich der Diagnose Erythème induré BAZIN zuneigt, und an die auf dem letzten Berliner Dermatologenkongreſs vorgestellten Fälle erinnert.

V. BLASCHKO demonstriert zum Schluſs einen **hygienischen Rasierpinsel**; er besteht aus Pflanzenfasern, ist auswechselbar und auſserordentlich billig, 5 (fünf) Pfennig pro Stück.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XV, Heft 11 u. 12.

Bakterienbefunde bei chronischer Blennorrhoe, von KARL Ritter VON HOFMANN-Wien. Von 113 bakteriologischen Untersuchungen, die Verfasser an 62 Patienten mit chronischer Urethritis vorgenommen hat, hatten 14 ein negatives Ergebnis, 14 mal fanden sich Gonokokken, und zwar viermal allein, zehnmal zusammen mit anderen Mikroorganismen. Die groſse Mehrzahl der Untersuchungen ergab das Vorhandensein von Kokken, meist Staphylokokken in einer groſsen Zahl von Varietäten, sowie von Bazillenformen. Es hat den Anschein, als ob die Saprophytenflora bei chronischen Harnröhrenausflüssen sich nicht wesentlich von der bei normaler Harnröhre unterscheidet. Der Gonococcus spielt also nur in einer nicht besonders groſsen Zahl von Fällen eine maſsgebende Rolle. Dafür, daſs auch nicht auf Gonokokken beruhende Urethritiden infektiös und für die Erteilung des Heiratskonsenses von Wichtigkeit sein können, sprechen zwei Fälle, auf die Verfasser näher eingeht. In dem einen Falle fand sich bei jahrelanger Beobachtung stets nur der FRIEDLÄNDERsche Bacillus, in dem anderen, ebenfalls genau beobachteten Falle stets nur das Bacterium coli; beide Male war übrigens eine blennorrhoische Infektion vorausgegangen. Die meisten nicht blennorrhoischen Urethritiden haben das Gemeinsame, daſs sie therapeutischen Einflüssen sehr schwer zugänglich sind. Innere Medikation, Spülungen, Dehnungen usw. erweisen sich als nutzlos, hingegen scheint bei Aussetzen jeder Behandlung nach längerer Zeit in den meisten Fällen schlieſslich eine Ausheilung zustande zu kommen. Auffallend ist bei Koliurethritis das auch von anderer Seite beobachtete frühe Befallenwerden der Prostata. Auch das endoskopische Bild ist von dem bei chronischer Blennorrhoe verschieden insofern, als die nichtblennorrhoischen Erkrankungen oft gröſsere Infiltrate erzeugen und die Harnröhrenschleimhaut öfter diffus erkrankt.

Blasensteinbildung um Seidenfäden nach der Blasennaht und ihre Verhütung, von GEORG BERG-Frankfurt a. M. Um die Bildung von Blasensteinen um Seidenfäden, wie Verfasser sie in einem Falle von Blasennaht nach Sectio alta sah, zu vermeiden, macht er den Vorschlag, für die Naht nur Catgut zu verwenden und nach jeder Blasennaht etwa ein Jahr lang in regelmäſsigen Zwischenräumen Blasenspülungen vorzunehmen. *A. Loewald-Kolmar.*

Digitized by Google

Mitteilungen
der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Band II. Heft 5.

1. **Offener Brief an Herrn Geheimrat Professor Neisser,** von Dr. von Rhoden, Gefängnisgeistlichen in Düsseldorf. Die Ausführungen knüpfen an einen Vortrag an, den Neisser am 17. März 1904 in Düsseldorf gehalten hat. Sie sind der Ausdruck dankbarer Empfindung, dafs die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor dem gemischten Forum von beiden Geschlechtern besuchter Versammlungen ihren öffentlichen Weckruf ergehen läfst und mit so manchem Vorurteil vergangener Tage energisch aufräumt. Rhoden vermifste in dem Vortrag eine Lanze für den Grundsatz „Gleiches sexuelles Recht für Mann und Frau“ und glaubt, dafs viele junge Männer „recht kräftige Stützen zur Entschuldigung ihres liederlichen Lebenswandels mit nach Hause nehmen dürften, wenigstens in ihrem Bewufstsein von der Legalität des aufserehelichen Geschlechtsverkehrs nicht im mindesten erschüttert wurden, dafs sie nur die Ohren spitzten, als die Andeutung von der Möglichkeit der Verhinderung seiner schlimmen Folgen fiel“. Rhoden fordert die Proklamierung des grundsätzlichen Unterschiedes ehelichen und aufserehelichen geschlechtlichen Verkehrs. Letzterer, der die Fortpflanzung nicht nur nicht zum Endzweck hat, sondern sie sogar mit allen, zum Teil verbrecherischen Mitteln verhindert, ist zum reinen Genufstriebe geworden. Der Arzt soll nun darauf hinweisen, dafs die entsetzlichen Geschlechtskrankheiten eine Art Ausdruck des Mifsfallens der Natur an dem so vergifteten Geschlechtsleben sind. Ferner fordert Verfasser, der Arzt solle der Jugend predigen, dafs der Mann sich bis zum 25. Jahre mannhaft selbst zügeln soll und den Geschlechtsverkehr zu meiden habe.

2. **Antwort auf obigen Brief,** von A. Neisser. Es mufs vor allem im Kampfe gegen die sexuellen Leiden mit der Tatsache des bestehenden Geschlechtsverkehrs gerechnet werden. Ideal ist natürlich eine Forderung sexueller Enthaltsamkeit und Veredelung. Auch glaubt Neisser, dafs die Jugend viel später und viel weniger dem sexuellen Triebe sich hingeben soll, als es jetzt üblich ist. Und sie kann das auch unbeschadet ihrer Gesundheit tun. Erst die Gewöhnung an die Befriedigung des Geschlechtstriebes erschwert die Enthaltsamkeit. Solange der Mensch diese Befriedigung nicht kennen gelernt hat, solange fällt es ihm nicht schwer, keusch zu leben. Ist also auch eine Hinausschiebung der ersten sexuellen Befriedigung im allgemeinen zu verlangen, so ist doch anderseits zu bedenken, wie verschieden stark der Geschlechtstrieb ist, der im Menschen wohnt. Was die Ansicht Rhodens betrifft, dafs nur der in der Ehe auf Fortpflanzung berechnete Geschlechtsverkehr Anspruch auf Berechtigung habe, so kann Neisser diesen Standpunkt nicht für richtig halten, wenn auch jede frivole, brutal-rücksichtslose Befriedigung des Triebes zu bekämpfen ist. Solange aber seine Folgen von beiden Teilen getragen werden, solange seine Ausführung keinen Dritten schädigt, kann der Geschlechtsverkehr, der so vielen grofsen Männern eine Quelle von Glück und Anregung zu begeistertem Schaffen war, nicht als etwas Verwerfliches angesehen werden. Was schliefslich das „gleiche Recht für beide Geschlechter“ betrifft, so ist zu befürchten, dafs nicht die Männer Enthaltsamkeit lernen und sich bessern werden, sondern dafs eher die Frauen eben auch ihr Recht auf freien Geschlechtsverkehr vor der Eheschliefsung proklamieren dürften.

Heft 6.

1. **Prostitution und Enthaltsamkeit,** von Dr. phil. Helene Stöcker. Die Verfasserin möchte weder auf der einen Seite für eine blofse Assanierung der Prostitution und des Geschlechtsverkehrs, noch auf der anderen Seite für eine strenge, asketische Enthaltsamkeit eintreten. Wenn neuerdings auch von ärztlicher Seite immer

erneut betont wird, daſs die sexuelle Enthaltsamkeit keinen körperlichen Schaden bringt, so ist dem doch entgegenzuhalten, daſs die Menge, welche ungeheure Summen zur Befriedigung ihres Geschlechtstriebes bisher verausgabt hat, nun nicht mit einem Male sich zur Enthaltsamkeit bekehren wird. Auch ist letzterer Zustand keineswegs der ideale. Im Gegenteil sollen sich beide Geschlechter, getragen vom Gefühl der Verantwortlichkeit, einem gesunden, maſsvollen Geschlechtsleben hingeben: „Sind unsere sozialen Verhältnisse so verworren und ungesund, daſs sie tüchtigen, lebenskräftigen Männern und Frauen die sinnliche Liebe verwehren, sie entweder zur Prostitution oder zur Enthaltsamkeit verdammen, — so folgt daraus, daſs wir diese sozialen Verhältnisse so umgestalten müssen, daſs gesunde Menschen auch gesund und froh in ihnen leben können.“

2. **Korrespondenz** zwischen Fräulein Gustava Heymann-Leipzig und Blaschko-Berlin. Diese Korrespondenz ist äuſserst lehrreich, zumal sie in der Antwort des Herausgebers Ausführungen wiedergibt, welche gelegentlich des Berliner internationalen Frauenkongresses eine Mutter, Frau Milka Fritsch-Tilsit, an die Versammlung gerichtet hat, Worte, deren Bedeutung in die Augen springt. Diese Frau wendete sich gegen die reinen Frauenrechtlerinnen und betonte, daſs es eine wachsende Gruppe von Frauen gebe, welche nur in Gemeinschaft mit dem Manne die Lösung der sexuellen Lebensprobleme für aussichtsvoll hält. In der Sittlichkeitsfrage sieht diese Gruppe von Frauen eine reine Menschheitsfrage, die von beiden Geschlechtern gemeinsam zu lösen ist. Nicht allein die Prostitution und die Dirne als Produkte der sozialen Lage verdienen das Mitleid der Gesellschaft, wie die Frauenbewegung glauben machen will, sondern auch der Mann, der zum Opfer dieser sozialen Zustände wird. „Ich kann es als Gattin und Mutter“ — so sagt Frau Fritsch — „nicht zugeben, daſs man, wie das nicht selten geschieht, den Mann einfach mit der Dirne auf eine Stufe stellt. Gewiſs: die Hingabe des Weibes an den Mann gegen Entgelt ist ein Handel, gleichwenig ehrenhaft für beide Teile; aber es ist ein Handel, den der Mann schlieſst, getrieben von einer oft besinnungslosen Erregung, ein Handel, der ihm eine kurze Lust gibt, welcher Tage ernster Arbeit folgen, während die Prostituierte kaltblütig und raffiniert ihn sucht, um sich vor dem besten moralischen Halt — der Arbeit — zu drücken und, was dem Manne kurze Episoden sind, für sich zum Lebensinhalt macht. Das ist doch ein groſser Unterschied! In dem fortdauernden, gewohnheits- und gewerbsmäſsigen Hingeben des Weibes liegt seine tiefe Schmach.“

Hopf-Dresden.

Monatsberichte für Urologie.

1904. Heft 12.

Komplikationen von seiten der Harnblase bei Appendicitis, von Baradulin-Moskau. Die bei akuter Appendicitis auftretenden Symptome von seiten der Harnblase können zweierlei Art sein: 1. reflektorische, wie bei jedem anderen akuten entzündlichen Prozeſs, der sich in den Organen der Bauchhöhle abspielt, vorkommend, und in Retention des Harns oder aber in gesteigerter Miktionsfrequenz bestehend, und 2. solche, die durch Affektionen der Blasenwand selbst bedingt sind. Je nach dem Grade der Affektion der Blasenwandungen sind die Symptome hierbei verschieden. Zuerst treten Symptome von Pericystitis auf, die sich hauptsächlich durch häufigen, mit Schmerzen einhergehenden Harndrang dokumentiert. Derselbe wird auch bei Cystitis beobachtet, aber niemals von so schwerem Charakter; auſserdem treten bei letzterer Krankheitsform Veränderungen des Harns hinzu, in dem Eiter, bisweilen auch Blut auftritt, und mit dem Fetzen nekrotischer Blasenschleimhaut abgehen

Digitized by Google

können. Der bei Appendicitis entstandene Abscefs kann in die Blase durchbrechen und in diesem Falle verspürt der Patient plötzlich heftigen Harnandrang, worauf mit dem Harn eine reichliche Eitermenge abgeht. Es kann auch vorkommen, dafs die Blase nicht nur mit dem Abscefs, sondern auch mit dem Darm vermittels des perforierten Wurmfortsatzes kommuniziert und in diesem Falle enthält er direkte Fäkalmassen (Fall von Lancien). Aufser diesen Veränderungen der Harnbeschaffenheit kommt es bisweilen zur Bildung von Steinen. Die Fisteln können sich spontan schliefsen, wie ein vom Verfasser angeführter Fall aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Moskau lehrte. In diesem sowie in den anderen, von Baradulin beobachteten Fällen bot die Diagnose dieser Appendicitis-Komplikation keine besonderen Schwierigkeiten. Doch ist die Diagnose in manchen Fällen sehr schwierig und klärt erst die Sektion über den wahren Sachverhalt auf, so z. B. in dem Falle von Hallé, wo bei einem 56jährigen Manne hochgradige Hämaturie und Schmerzen bei der Harnentleerung vorhanden waren und die Diagnose auf Blasengeschwulst gestellt wurde. Die Prognose erfährt nach B.s Ansicht bei dieser Art Pericystitis und Cystitis keine besondere Verschlechterung, während der Durchbruch des entstandenen Abscesses in die Harnblase den Verlauf der Grundkrankheit sogar bessert.

Stern-München.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band II. Heft 11 und 12.

Meldepflicht und Verschwiegenheitsverpflichtung des Arztes bei Geschlechtskrankheiten, von Chotzen-Breslau und Oberlandesgerichtsrat Simonson. In Preufsen besteht schon seit 1835 eine bedingungsweise Meldepflicht des Arztes, welche angewendet werden kann, wenn durch Verschweigen der Krankheit gesundheitliche Gefahren entweder für den Erkrankten selbst oder für ein Gemeinwesen, in dem er lebt, entstehen. Abgesehen davon gibt es eine unbedingte Meldepflicht bei geschlechtlicher Erkrankung der unteren Militärpersonen. Allerdings dürften diese Bestimmungen am längsten bestanden haben, da im Abgeordnetenhause der Entwurf eines Ausführungsgesetzes zum Reichsseuchengesetz der baldigen Erledigung harrt, welcher auf unserem Gebiete fortschrittlich wirken wird. Im ersten Entwurf vom 16. Februar 1903 war die Meldepflicht für Tripper, Schanker und Syphilis jener Individuen vorgesehen, welche Gewerbsunzucht treiben, sowie der unteren Militärpersonen. Wie soll aber der untersuchende Privatarzt feststellen, ob die erkrankte Person dies schändliche Gewerbe betreibt? Ein zweiter Entwurf vom 29. Januar 1904 liegt jetzt den Ständen vor. Chotzen empfiehlt als anzeigepflichtig nur die ansteckungsfähigen Erscheinungen der drei Geschlechtskrankheiten zu erklären. Gegen diese Anzeigepflicht, welche private Ärzte zwingt, die geschlechtlich erkrankten, sie aufsuchenden Untermilitärs anzuzeigen, haben sich viele Stimmen erhoben. Unter anderen hat auch die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten petitioniert, diese Bestimmungen aufzuheben, weil sie das ärztliche Berufsgeheimnis tangieren. Zweifellos liegt es allerdings im Interesse der Militärbehörde, von Erkrankungen sexueller Art ihrer Mannschaften und Unteroffiziere Kenntnis zu erhalten. Die im Regulativ von 1835 vorgeschriebene namenlose Statistik der Geschlechtskranken, zu der Medizinalpersonen und Spitalvorsteher verpflichtet waren, bleibt im beregten Entwurf, der den Ständen jetzt vorliegt, gänzlich beiseite, desgleichen der im alten Regulativ vorgeschriebene Versuch, die Quellen der geschlechtlichen Erkrankungen in den einzelnen Fällen zu ermitteln. Der neue Entwurf verpflichtet auch Kurpfuscher und andere nichtärztliche Personen zur Anzeige kranker Soldaten. Hoffentlich ist dies ein Weg, auch gegen

die Kurpfuscherei Dämme zu bauen. Leider ist in dem Entwurfe die Frage nicht berührt worden, ob und wie die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen sind, weil durch sie der einzelne wie das Gemeinwesen gefährdet werden. Hiervon heben sich die Paragraphen des 1835er Status rühmenswert ab. Es gibt gewissenlose, ungehorsame Kranke genug, die ihre Leiden unbedenklich auf weitere Kreise übertragen. Sie wollen sich nicht behandeln lassen, um sich nicht bloſszustellen. Sollte es nicht möglich sein, gesetzlich zu verhindern, daſs bewuſst kranke Ehemänner, die den ehelichen Beischlaf doch nicht aufgeben, dazu zu zwingen? Es nützt also nichts, wenn etwa ein neues Gesetz nur der kranken Prostituierten gegenüber energisch vorgeht, oder § 12 des Reichsseuchengesetzes nur für erkrankte ansteckende Obdachlose und Umherziehende Zwangsbeobachtung vorsieht. Des weiteren tritt Chotzen der vielfach erörterten Absicht, für alle Fälle von Geschlechtskrankheiten die Meldepflicht gesetzlich festzulegen, mit Nachdruck entgegen. Was nützt der Behörde die erhaltene Kenntnis, wenn sie nicht jedes Individuum zwingen kann, sich heilen zu lassen? Das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Kranken wäre unwiederbringlich dahin. Auch ist der Gedanke aufgetaucht, sexuell kranke Ehestandskandidaten der Behörde anzuzeigen, ebenso müſsten erkrankte Ehegenossen unter Umständen leichter geschieden werden können. Was die verschiedenen Bestrebungen dieser Art betrifft, so steht Chotzen auf folgendem Standpunkt: Hempfings Vorschlag einer Meldung an den Kreisarzt würde nur die Kranken vom Besuch des Arztes abhalten. Die von Lederer, Haskovec u. a. verlangte ärztliche Bescheinigung der Gesundheit oder des Freiseins von infektiösen Leiden würde keineswegs allem Übel abhelfen. Der Arzt vermag nur über den augenblicklichen Zustand des Organismus zu urteilen. Rückfälle können jeden Tag nach Ausstellung des Attestes auftreten. Auch das staatliche Eheverbot ist zu verwerfen, weil es das Kind mit dem Bade ausschüttet. Wenn im Staate Michigan Personen, die an Lues und Tripper leiden, die Eheschlieſsung verboten ist, so brauchen solche Individuen nur in dem nächstgelegenen nordamerikanischen Bundesstaat zu heiraten, um ihren Zweck zu erreichen. (Im übrigen handelt es sich bei obigen Verordnungen in Michigan nach meinen Informationen nur um den Entwurf eines solchen Gesetzes. D. Ref.) Auch zum Zwecke der Trennung von Ehen sexuell kranker Eheleute darf das ärztliche Berufsgeheimnis nicht angerührt, die Schweigepflicht des Arztes nicht gelockert werden. Hier treten Eheanfechtungsklage und Scheidungsklage in ihr Recht. — Oberlandesgerichtsrat Simonson behandelt die gleiche Frage vom juristischen Standpunkt aus. Alle Kulturstaaten auſser — merkwürdigerweise — England und einige schweizerische Kantone. § 300 des Reichsstrafgesetzbuches straft auf Antrag die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen, die einem Arzte kraft seines Standes anvertraut sind. Das Reichsgesetz zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 findet auf die Geschlechtskrankheiten keine Anwendung. „§ 139 des R.-Str.-G.-B. enthält die Anzeigepflicht bei Kenntnis von dem Vorhaben gewisser einzeln aufgeführter, sowie allgemein der gemeingefährlichen Verbrechen." Zu letzteren könnte man unter Umständen die unter die Körperverletzungen fallende Übertragung geschlechtlicher Krankheiten rechnen. Aber immerhin kann der Arzt darauf keine Schlösser bauen. Auch vor Gericht als Zeuge darf der Arzt seine Verschwiegenheit nicht brechen. Simonson schlägt zu § 300 des R.-Str.-G.-B. eine Unterabteilung folgenden Inhalts vor: „Unbefugt ist die Offenbarung eines Arztes (usw.) nicht, wenn sie aus Gründen des öffentlichen Gemeinwohls zum Schutze der Gesundheit anderer Personen als des Kranken notwendig erscheint."

Band III. Heft 1—3.

Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Blennorrhoe, von R. de Campagnolle-München. Der erste Autor, welcher die Tripperprophylaxe

Digitized by Google

des Mannes durch gründliche Reinigung und 2 %ige Lapiseinträufelungen in die Harnröhre empfahl, war M. Sänger-Leipzig im Jahre 1884. Im folgenden Jahre gab Haussmann den Rat der Einspritzung von 10 Tropfen Höllensteinlösung zum Schutze gegen Erkrankungen. Allgemeiner wurde das Interesse der Ärzte für dies Schutzverfahren erst, als 1895 Blokusewski erneut auf die Schutzeinträufelungen verwies und sein praktisches Tropfröhrchen gleichzeitig mit empfahl. Obwohl nach ihm sogar 3 %ige Lapisinstillationen keine Reizung auf die Harnröhre ausüben sollten, betonte man doch von verschiedenen Seiten das Gegenteil, wenn Blokusewski dies auch nicht zugeben will. Frank empfahl 1898 statt des Höllensteins das Protargol zu Einträufelungen. Im selben Jahre verwandte übrigens Welander das Protargol ebenfalls zum ersten Male zu Schutzinjektionen. Frank prüfte die Wirkung des Protargols auf die Gonokokken durch ausgedehnte Versuche. Es genügt das Aufträufeln einiger Tropfen 20 %iger Protargolglycerine, um eine Erkrankung hintanzuhalten. Schon fünf Sekunden der Einwirkung genügen nach Aufrecht. Reizungen bleiben dabei aus. Das Wasserlassen vor der Anwendung kann hierbei wegbleiben, da Protargol nicht durch Schleim oder Samenflüssigkeit verändert wird. Diese Franksche Schutzmethode nahm Verfasser bald an und bediente sich ihrer jahrelang in seinem Patientenkreise. Allmählich stellten sich jedoch Zweifel an der Zuverlässigkeit des Verfarens ein. So stellte er denn Versuche zur Probe bei einer Anzahl quoad urethram völlig gesunder Männer an. Auf die verschiedenen vorrätigen Apparate Samariter II von Blokusewski, sowie Franksche Röhrchen, ebenso auf Franks nur zu einmaliger Verwendung bestimmten Apparat Prophylaktol, sowie auf die Viroapparate, bei denen nach Aufrecht noch nach einer Minute virulente Gonokokken vorhanden waren, verzichtete der Verfasser bei seinen Kontrollversuchen. Vom Glycerin hatte er übrigens den Eindruck, daſs es eo ipso reizend wirkt. Er benutzte darum Lösungen wässeriger Art, in welcher Form die Desinfizientien am wirksamsten sind. In einem der gewöhnlichen Tropfapparate, welche einige Millimeter in die Harnröhre eingehen, wurden in der Kälte frisch bereitete 20 %ige Protargol- und 10 %ige Albarginlösungen untergebracht. Je ein Röhrchen wurde nur einmal benutzt. Von der mitgegebenen Lösung wurde nur 14 Tage lang der Bedarf gedeckt, um eventuell sich bildende Zersetzungen zu vermeiden. Es wurden direkt nach der Beiwohnung ohne vorausgehende Miktion zwei bis drei Tropfen in die äuſsere Harnröhrenmündung geträufelt, ein weiterer Tropfen auf das Bändchen gegeben. Hierauf wurde die vor dem Coitus eingefettete Gliedpartie gründlich mit Seifenwasser gereinigt. Später lieſs Campagnolle vor der Applikation urinieren, zum Teil sogar während der Miktion das äuſsere Harnröhrenende zuhalten, um die Auswaschung der Urethra durch den Harn zu erleichtern. Innerhalb von 24 Stunden durfte nicht mehr als einmal instilliert werden. Verfasser verfügt über Erfahrungen mit dieser Methode bei 132 Männern. Davon blieben 76 Fälle verwertbar. Von diesen bekamen neun trotz der Schutzeinträufelungen den Tripper, doch dürfen hiervon wieder nur sechs als beweisend für die negativen Erfolge angesehen werden. Bei den drei anderen erfolgte die Instillation erst 1½—5 Sekunden post coitum. Der Grund für die Infektion ist wohl zum Teil der, daſs virulentes Sekret beim Coitus 6—8 mm tief, wie Neisser u. a. glauben, beziehentlich noch tiefer in die Urethra vordringen, während das Desinficiens nur einige Millimeter tief gelangt. Das Eindringen von ansteckendem Stoff ist beim erigierten, blutreichen Gliede viel günstiger als beim schlaffen Penis, in dem Impfstoff künstlich deponiert wird. Die auf letzteren Vorgang folgenden Desinfektionsversuche werden also auch viel günstigere Aussichten auf positiven Erfolg haben als die auf den Coitus vorgenommenen Unterdrückungsversuche. Von den 67 Männern, die durch die Einträufelungen vor Erkrankungen geschützt worden sind, haben nach den Erhebungen des Verfassers sechs Männer mit bekanntermaſsen tripper-

kranken und 21 mit tripperverdächtigen Frauen verkehrt. Diese 27 sind also durch das Verfahren anscheinend vor Erkrankung bewahrt worden. Gleichwohl hält Verfasser diesen Schlufs für zu weitgehend, da nicht jeder Verkehr mit einer an Blennorrhoe leidenden Weibsperson Tripper beim Manne zur Folge haben mufs. Erstens mag dafür die Engigkeit des Orificium externum, sowie die kurze Dauer des Aktes eine Erklärung sein, nicht zum mindesten dürfte aber sofortiges kräftiges Urinieren nach dem Beischlaf schützend gewirkt haben, besonders wenn dabei durch Zuhalten des äufseren Harnröhrenendes mit dem Finger eine maximale Ausdehnung und Auswaschung erzielt wird. Diese auch von Finger als kräftig angesprochene Schutzmafsregel ist schon in alter Zeit von Argelata Fallopia u. a. empfohlen worden. Meist wird jedoch nicht sofort nach der Beiwohnung Wasser gelassen, vielfach genügt auch die vorhandene Urinmenge nicht zu einer gründlichen Ausspülung, anderenteils wird das zweckmäfsige Bedecken des Orificium während der Miktion unglücklicherweise nicht vorgenommen. Von den sechs Männern, die trotz des Verkehrs mit wirklich kranken Frauen gesund geblieben waren, hatten vier sofort in der erforderlichen Weise Wasser gelassen. Bezüglich der nur beschränkten positiv schutzbringenden Wirkung der Instillationsmethode steht Verfasser auf dem gleichen Standpunkt wie R. Loeb. Was die Reizwirkung des Protargols auf die Schleimhaut betrifft, so erfuhr dieselbe von 1900 an besondere Beleuchtung. Goldmann und später Jesionek verwiesen auf klinische Beobachtungen, dafs mit warmem Wasser bereitete hochprozentige, sich leicht zersetzende Lösungen und mit Glycerin vermischte Solutionen auf die Mucosa entschieden reizend wirken können. Es treten unter Umständen länger dauernde Schleimabsonderungen und Harnröhrenkatarrhe auf. Da die Schuld der Reizung hauptsächlich auf Zersetzungen des Protargolgemisches geschoben wurde, ersetzte man letzteres durch Albarginlösungen. Aber sowohl der frisch bereiteten 20%igen Protargollösung wie der frisch hergestellten 10%igen Albarginlösung ist eine reizende Nebenwirkung nicht abzusprechen. Loeb ist der gleichen Ansicht, ebenso Jesionek. Natürlich gibt es auch Harnröhren, die gar keine Spur von Reizung erfahren. Wiederholte Instillationen dürften aber auch auf die festeste Urethralschleimhaut ihren reizenden Einflufs nicht verfehlen. Des weiteren gibt Verfasser die Krankengeschichten dreier Fälle von durch Instillationen hervorgerufenen chronisch infiltrierenden Harnröhrenentzündungen wieder. Vorausgegangene Harnröhrenkatarrhe und Blennorrhoen disponieren zum Instillationskatarrh. Letzterer ist charakterisiert durch Fehlen einer Inkubationszeit, negativer Gonokokkenbefund. Diese Entzündung kann akut und subakut einsetzen. Die Abheilung erfolgt zuweilen schnell, meist jedoch nur in äufserst chronischem Verlauf. Sowohl wie der terminale Katarrh, als auch wie die nichtblennorrhoische, chronische, venerische Urethritis zeigt die Instillationsurethritis die Neigung zu Verschleppung, geringe Wirkung der Behandlung und geringfügige subjektive Symptome. Auf Exzesse in Baccho und Venere reagiert der Instillationskatarrh fast gar nicht. Auch Komplikationen, Übergreifen auf Urethra posterior und Prostata, sowie Bildung von Infiltraten mit Verengerungen sind dabei zu beobachten. Zum Schlufs streift Campagnolle noch die neueren Versuche einer Gesamtprophylaxe, wie sie von Strebel, Ed. Richter-Plauen und Feibes versucht und empfohlen wurde (Urethrophortube, Protektor und Schutzkerze). Leider erscheinen diese Methoden sowohl der Syphilis als dem Tripper gegenüber für unzulänglich. Dagegen schützt gegen Syphilisansteckung sowohl die Neisser-Josephsche Einfettung, als die Viropaste mit höchster Wahrscheinlichkeit.

Band III. Heft 4.

1. **Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten?** von R. Kossmann-Berlin. Der aufsereheliche Geschlechtsverkehr widerspricht den religiösen, ethischen und sozialen Regeln, die als allgemein anerkannt gelten dürfen. Der Arzt jedoch

Digitized by Google

hat nur die sanitäre Seite dieser Frage zu erörtern. Wie wird die sexuelle Enthaltsamkeit schädigend wirken können? Erstens auf neuromechanische, zweitens auf neurochemische und drittens auf psychische Weise. Bei ersterer entsteht durch Überfüllung der Geschlechtsorgane ein mechanischer Reiz, der auf das Zentralnervensystem krankmachend einwirkt. Bei der neurochemischen Störung sind krankmachende Einflüsse auf die Nerven durch zurückgehaltene Sekrete oder Exkrete anzunehmen. Die psychische Weise der Schädigung bestünde in einer seelischen Störung, Melancholie oder anderem, die durch nicht befriedigte Geschlechtsbegier hervorgerufen wäre. Die ersten beiden Störungen müfsten ebenso wie durch den Geschlechtsakt auch durch Pollutionen und Masturbationen beseitigt werden können. Wirklich bestehende Gesundheitsstörungen sog. Abstinenter beruhen vielfach, ja meistens auf zwar geleugneter, aber fast stets mit Sicherheit anzunehmender Masturbation. Die Frage lautet also statt: „Soll man den aufsereheliehen Beischlaf zur Hebung der Enthaltsamkeit und ihrer Folgen gestatten?“ viel richtiger: „Soll man ihn zur Beseitigung der Masturbation empfehlen?“ Neurosen treten nur bei übertriebener Onanie als Erschöpfungsneurosen auf, wie es gleiche bei übertriebenem Geschlechtsverkehr gibt. Die Neurastheniker dem aufserehelichen Geschlechtsverkehr in die Arme zu treiben, ist ein zwiefach gewagtes Mittel. Ganz besonders verhalten sich die Dinge beim weiblichen Geschlecht. Die Menstruation sorgt für Hebung aller zu grofsen Füllungszustände. Der Beischlaf vermag ähnliche entlastende Wirkungen keineswegs zu zeitigen. Auch der zuweilen schon physiologisch auftretenden Entleerung der Bartholinischen Drüsen bedarf es wohl kaum bei der Frau. Anderseits sind die sog. Enthaltsamkeitsneurosen des Weibes ebenfalls Folgen zu starker Masturbation. Der aufsereheliche Beischlaf wird aber solche Frauen davon nicht heilen, wohl aber könnte es das stete Zusammenleben im Ehestande tun.

Dafs bei der Frau der Trieb zum Geschlechtsverkehr einerseits und die durch die Erziehung erworbenen, der Erfüllung des Triebes hinderlichen und im Wege stehenden Vorurteile einen psychischen Kampf auslösen und zu Psychosen disponieren können, ist nicht von der Hand zu weisen. Soll aber der Arzt deshalb zum Geschlechtsverkehr raten? Ist die ihm folgende Befriedigung eine dauernde? Kommt nicht zu den früheren quälenden Empfindungen auch noch die nagende Reue hinzu? Besonders das Weib setzt sich den gröfsten Gefahren dabei aus. Ist es beim Liebhaber stets vor Ansteckungen geschützt? Ist sie gegen Empfängnis gefeit? „Leider lehrt uns die Wirklichkeit, dafs das Weib gegen die Infektion nicht zu schützen ist. Wer ihm den aufserehelichen Geschlechtsverkehr anrät, macht es zum fast unfehlbaren Opfer der geschlechtlichen Infektion.“ Dazu kommt die Unmöglichkeit der späteren Eheschliefsung für die dem aufserehelichen Verkehr huldigende Frau. Bekanntwerden des letzteren macht sie gesellschaftlich unmöglich. Das Verbergen bringt sie in Abhängigkeit von den Mitwissern ihres Geheimnisses. Und wie steht es mit dem Rechte jeder Frau, auch der unverheirateten, auf die Mutterschaft? — Nein! Abtreibung und Verhütung der Empfängnis treten in ihre traurige Erscheinung. Schädlich in wirklich positivem Sinne wirken alle antikonzeptionellen Mittel, wie Cervicalstifte, Verschlufspessare; ebenso schädlich wirkt auf die Nerven der Coitus interruptus. Ja, Kossmann behauptet sogar, dafs regelmäfsiger Beischlaf ohne Empfängnis den weiblichen Körper schädigt. Hyperämien des Uterus und nervöse Störungen bedingende Endometritiden und Gebärmuttervergröfserungen sind die Folge dauernden Verkehrs, die nur durch dazwischen erfolgende Schwangerschaften aufgehoben werden. Ist aber eine Frau, die den aufserehelichen Verkehr pflegt, sexuell erkrankt, so kann sie, ohne selbst von ihrer Krankheit zu wissen, dieselbe auf die ihr natürlich ohne Argwohn entgegenkommenden Liebhaber mit Leichtigkeit übertragen. „Wer also

Digitized by Google

Weiber zur regelmäfsigen Ausübung des aufserehelichen Beischlafs anregt, der trägt fast unausbleiblich zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bei."

2. **Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten?** von MAX HIRSCH-Berlin. Die Abhandlung steht auf dem gleichen Standpunkt, wie die eben besprochene. Der Rat des Arztes, eine Frau solle zur Hebung ihrer Beschwerden dem aufserehelichen Verkehr sich hingeben, ist leicht ausgesprochen. Den Rat jedoch zu befolgen, gehört vielfach, ja meist zur Unmöglichkeit. Wie soll eine solche Frau den Mann finden, wofern ihr nicht ein Liebhaber zufällig den Weg kreuzt? Verfasser wirft auch die Frage auf, ob man seiner Schwester diesen Rat, die Heilung irgendwelcher Störungen im extramatrimoniellen Verkehr zu suchen, ohne Schaudern und Abscheu geben könnte? Psychopathischen Frauen die Eheschliefsung zu raten, ist gewagt. Ihnen die Erzielung der Mutterschaft aufserhalb der Ehe anzuraten, ist noch gewagter; auch wird kein Arzt die Verantwortung auf sich nehmen wollen, psychopathisch veranlagte, degenerierte Kinder auf dem Gewissen zu haben. Dazu kommt für die unverheiratete Frau die drohende Gefahr der sexuellen Erkrankung und der Schwängerung. Wird in solchem Falle das körperliche Leiden, zu dessen Hebung der Verkehr empfohlen wurde, nicht in erschreckendem Mafse vermehrt und vergröfsert? MARKUSES Optimismus betreffs des Erfolges der die Empfängnis hindernden Mittel ist vollkommen unberechtigt. Aufser der tubaren Sterilisation auf operativem Wege gibt es für die Frau kein solches Mittel, das Erfolg verbürgte.

3. **Zur Geschichte des Coecal-Condoms,** von HANS FERDY (MEYERHOF-Hildesheim). Aus den Angaben ASTRUCS, eines Arztes Ludwigs XIII., geht die Richtigkeit der Mitteilungen des Pyrmonter Arztes GIRTANNER hervor, dafs das Coecal-Condom zur Zeit Karls II. von England in diesem Lande schon bekannt und in lebhaftem Gebrauch gewesen ist. Nur stimmt die Angabe nicht, dafs es einen Arzt Condon oder Conton am englischen Hofe gegeben habe. Also vor 1717 war das Condom in London in Gebrauch. 1738 ist das Condom in Paris erst dem Namen nach bekannt, 1758 stiehlt Casanova einer Nonne in Venedig ihren Vorrat an Schutzmitteln. 1788 kommt das Condom aufser in London auch in Paris, Berlin und Petersburg öffentlich zum Verkauf. Das Wort Condom ist kein englisches Wort. Es ist wohl eine Verstümmelung, Akkusativform des Wortes Condus. Letzteres bedeutet einen, der etwas aufhebt. Condus oder Condon würde also gleichbedeutend mit receptaculum seminis sein. Am richtigsten bezeichnete man dies Schutzmittel mit dem Worte „Der Coecal-Condus".

4. **Erwiderung auf R. DE CAMPAGNOLLEs Arbeit „Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Blennorrhoe"**, von BLOKUSEWSKI. Verfasser fordert, dafs die Instillation spätestens eine halbe Stunde nach dem Verkehr ausgeübt wird. CAMPAGNOLLES Versuchspatienten haben zum Teil zu spät eingeträufelt, zum Teil gar nicht uriniert, woraus sich der negative Erfolg erklärt. LOEB-Köln ist kein Gegner, sondern ein Anhänger der BLOKUSEWSKIschen Methode. Wenn Reizungen entstehen, so müfsten Leute mit zarter Urethralmucosa diese Einträufelung ganz lassen oder nicht reizende Argoninlösungen anwenden. *Hopf-Dresden.*

The British Journal of Dermatology.

Band 17. Januar 1905.

1. **Striae patellares,** von J. L. BUNCH. Das nicht gerade häufige Vorkommen von Striae patellares beobachtete Verfasser in zwei Fällen: Bei einem 13jährigen Knaben nach einem Typhus mit sehr protrahierter Rekonvaleszenz und bei einem 12jährigen Mädchen, das mehrere Monate wegen Pleuritis und Endocarditis ans Bett gefesselt war. Beide Kinder waren während ihres Krankenlagers beträchtlich ge-

wachsen; die Entwicklung der Striae war bei dem Mädchen ganz schmerzlos vor sich gegangen, während der Junge zeitweilig über Schmerzen in den Knien geklagt hatte. Die Striae verliefen in beiden Fällen quer über beide Knie, waren unregelmäfsig angeordnet und hatten rote bis rötlich-blaue Farbe. Sensibilitätsstörungen fehlten, die Kniereflexe waren vorhanden. Die histologische Untersuchung eines Falles ergab als wesentlichsten Befund eine Zerreifsung der elastischen Fasern des Koriums, hervorgerufen wahrscheinlich durch Überdehnung, nicht durch Entzündung. Grund zur Annahme, dafs die Überdehnung eine plötzliche gewesen ist, lag nicht vor. Die Ursache der Striaebildung dürfte wohl in dem Mifsverhältnis zwischen dem Längenwachstum der Knochen und dem Wachstum der Haut, vielleicht auch in einer Apophysenschwellung, wie sie Lannelongue annimmt, zu suchen sein.

2. **Syphilisbehandlung auf dem Kontinent**, von C. E. Pollock. Von einer Reise zurückgekehrt, die den Verfasser an die wichtigsten dermatologischen Kliniken, des Kontinents geführt hat, berichtet er über die Grundsätze, die in den verschiedenen Ländern und Kliniken für die Behandlung der Syphilis mafsgebend sind, namentlich bezüglich des Zeitpunktes der Einleitung der Quecksilberbehandlung, des allgemeinen Heilplanes und der Behandlungsmethoden. Besonderen Eindruck machte auf P. die Tatsache, dafs man überall auf dem Festlande die Syphilis resp. die Geschlechtskrankheiten als Krankheiten ansieht, die ernste Beachtung und sorgfältige Behandlung verdienen, und nicht als die sichtbaren Zeichen von Laster und Sünde. Überall sucht man nach Möglichkeit die Kranken im ansteckenden Stadium ins Krankenhaus zu bringen. Demgegenüber klingt es allerdings kaum glaublich, wenn Verfasser mitteilt, dafs in ganz London für Geschlechtskranke etwa 40 Betten zur Verfügung stehen.

3. **Drei Fälle von erblicher Hyperkeratosis des Nagelbettes**, von A. Garrick-Wilson. Typische Hyperkeratosis an allen Nägeln beider Hände und Füfse sah Verfasser in einer Familie bei Grofsmutter, Mutter und Kind. Alle drei hatten die Affektion seit der Geburt, irgendwelche sonstige Veränderungen oder Entwicklungsstörungen an der Haut oder anderen Organen waren nicht aufzufinden. Von zwölf Geschwistern der Mutter hatten noch drei, von den beiden Geschwistern des Kindes noch eines das gleiche Leiden. Da jede andere Erklärung fehlt, nimmt Verfasser erbliche Veranlagung als Ursache an. *A. Loewald-Kolmar.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1904. Heft 12.

Das Verhalten des Liquor cerebrospinalis während der tertiären Syphilis, von Paul Ravaut-Paris. Besteht bei den verschiedenen Formen der tertiären Syphilis eine Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis? R. hat zur Beantwortung dieser Frage 43 Fälle teils eigener, teils fremder Beobachtung herangezogen und kommt zu folgenden Ergebnissen:

Handelt es sich ausschliefslich um Haut-, Schleimhaut- oder Knochensyphilis, sie mag so ausgedehnt und so heftig sein wie nur möglich, so zeigt der Liquor cerebrospinalis keine Lymphocytose — mit einer einzigen, bis jetzt unerklärten Ausnahme: die Lymphocytose besteht häufig bei frischer Perforation des weichen oder knöchernen Gaumens.

Lymphocytose findet sich ferner bei Augenerkrankungen auf syphilitischer Grundlage; doch schwindet das Symptom allmählich, wenn der entzündliche Prozefs abgelaufen ist und zur Atrophie der befallenen Teile geführt hat.

Digitized by Google

Bei allen Syphilitikern, die keine Symptome ihrer Krankheit aufweisen, verhält sich auch der Liquor normal.

Überall da aber, wo beim Fehlen anatomischer Veränderungen über subjektive oder objektive nervöse Symptome geklagt wird, ist das Vorhandensein einer Lymphocytose im Liquor, falls andere Ursachen (Tuberkulose usw.) ausgeschlossen werden können, pathognomonisch und deutet auf den Beginn einer syphilitischen Erkrankung des Zentralnervensystems. Ja, diese Lymphocytose kann das erste und einzige Symptom der drohenden Gefahr abgeben. Es liegt daher auf der Hand, dafs die Cytologie des Liquor cerebrospinalis im tertiären Stadium der Syphilis von ungeheurer Wichtigkeit ist und bei jedem alten Luetiker ab und zu vorgenommen werden sollte; ein positiver Befund wäre allemal das Zeichen zum Einleiten einer nachdrücklichen spezifischen Behandlung.

Über Spätsymptome bei konzeptioneller Syphilis, von Léon Perrin. P. erzählt uns die traurige Geschichte von 32 Frauen, die jung und gesund die Ehe mit yphilitischen Männern eingegangen sind, und bei denen sich nach einer kürzeren oder längeren Pause latenter Syphilis — die Pause schwankt zwischen 4 bis 25 Jahren — schwere Formen tertiärer Syphilis zeigten (ein Fall progressiver Paralyse, drei Fälle von Tabes, drei Fälle von Augenentzündung, viermal war das Nasenskelett, sechsmal der harte Gaumen befallen usw.). Interessant ist, dafs in zwei Fällen die Frauen mit latenter Syphilis, nachdem sie verwitwet waren, gesunde Männer wieder heirateten und doch heredo-syphilitische Kinder zur Welt brachten.

Die Gefahr dieser latenten Syphilis ist deshalb so grofs, weil sie keinerlei Symptome macht, man aber keine Veranlassung hat, einzugreifen, bevor sich der Tertiarismus mit seinen schweren Formen zeigt.

Lymphangitis nodularis intralabialis im Verlauf eines harten Schankers der Unterlippe, von Paul Delaunay. Der Fall bietet nichts Besonderes, wird nur der Seltenheit halber erzählt. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1904. Heft 24.

1. **Über die Pathogenese der Dermoidcysten des Ovariums und des Hodens**, von A. Pappa. P. bespricht und kritisiert die verschiedenen Theorien, die zur Erklärung der Pathogenese der Dermoidcysten aufgestellt worden sind; er hält sie alle für unannehmbar, glaubt dagegen die Entstehung dieser Cysten in der einfachsten Weise durch eine Abnormität, die er „intraglandulären Hermaphroditismus“ nennt, erklären zu können. Er nimmt an, dafs sich gelegentlich bei einem Individuum aus dem Keimepithel nicht nur männliche oder nur weibliche Keimzellen, sondern neben den männlichen vereinzelte weibliche, neben den weiblichen vereinzelte männliche entwickeln können. Es sind dann, wie das übrigens schon von Waldeyer und von Balbiani beobachtet worden ist, in einer Geschlechtsdrüse Zellen verschiedenen Geschlechts vorhanden, diese können nach der Annahme P.s in Berührung miteinander kommen und sich befruchten, und das Produkt dieser Befruchtung sollen die Dermoidcysten sein.

2. **Sectio alta wegen zahlreicher Steine**, von Delefosse. D. fand in der stark geschrumpften Harnblase eines 76 jährigen Mannes 27 ziemlich grofse Steine, die zusammen ein Gewicht von 86 g hatten. Die Prostata, die sich bei der Untersuchung per rectum als sehr grofs erwiesen hatte, sprang gar nicht in das Blasenlumen vor, der Blasenboden war vollständig eben.

Digitized by Google

3. **Fremdkörper in der Blase**, von A. Pappa. Ein 28jähriger Mann hatte sich selbst aus Wachs ein bleistiftdickes Bougie verfertigt, mit dem er onanierte. Das Bougie brach eines schönen Tages, als er in voller Tätigkeit war, ab, das in der Urethra befindliche Stück gelangte in die Blase, verursachte starke Harnbeschwerden und konnte mittels des Lithotriptors nur sehr schwer in drei Sitzungen entfernt werden; nach der zweiten Sitzung trat doppelseitige, fieberhafte Hoden- und Nebenhodenentzündung auf. Die Extraktion des Fremdkörpers war deshalb so schwierig, weil er leichter als Wasser war, seine Fragmente daher auf der Oberfläche der in der Blase befindlichen Flüssigkeit schwammen und infolge ihrer grofsen Beweglichkeit nur schwer von dem Instrumente gefafst werden konnten.

4. **Fixationsapparat für Verweilkatheter**, von L. Ferria-Turin. F. bedient sich seit Jahren zur Befestigung von Verweilkathetern mit sehr gutem Erfolge eines kleinen, aus Gummi verfertigten, über der Glans anzulegenden Apparates, der von Gentile-Paris hergestellt wird. Die Beschreibung des Apparates ist ohne die beigegebene Abbildung nicht gut verständlich. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. V, Nr. 1.

Der Gesundheitszustand in bezug auf Syphilis bei den nichtinskribierten Prostituierten zu Paris seit 1872 bis inkl. 1904, von L. Butte-Paris. Die Zahl der nicht eingeschriebenen Personen, welche von der Prostitution leben in Paris, ist natürlich schwer festzustellen. Die Schätzungen schwanken zwischen 30000 und 60000. B. nimmt als Grundlage für seine Morbiditätsberechnung die Anzahl der unter den Arretierten zu beobachtenden Fälle von Syphilis. Die Berechnung ist noch erschwert durch den Umstand, dafs dieselben Individuen fast regelmäfsig zwei- oder dreimal im Jahre zur Inhaftierung kommen. Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse hat Verfasser Tabellen aufgestellt, welche für die einzelnen Jahre grofse Schwankungen aufweisen, aber im Ganzen erkennen lassen, dafs die Zahl der Syphilitischen nicht wesentlich im Abnehmen begriffen ist. Nach Jahrzehnten berechnet erhält man allerdings eine Krankenzahl von 15 % gegenüber 19 % der früheren Zeit. Bei den inskribierten und namentlich bei den kasernierten Prostituierten hat B. wesentlich günstigere Ergebnisse erhalten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1904. Heft 11—12.

Ein weiterer Fall von Darierscher Krankheit, nebst Bemerkungen über ihre Natur, von Ch. Audry und E. Dalous-Toulouse. Die Daniersche Krankheit wird auch Psorospermosis follicularis vegetans, Seborrhoid vegetans und anders benannt. Aber die Verfasser lassen alle diese Namen nicht gelten, weil sie Attribute enthalten, die der Dermatose keineswegs zukommen. Sie sträuben sich auch dagegen, sie auf Grund einzelner klinischer oder histologischer Ähnlichkeiten der Gruppe des Seborrhoids, der Akne, der Ichthyose, der Akanthosis nigricans zuzuteilen und erklären sie zum Schlufs ausdrücklich als eine Dermatose sui generis, die einen familialen Charakter hat, unheilbar und von langer Dauer ist. Eine bazilläre Ursache halten sie wegen der Mitbeteiligung der Schleimhäute, wegen der Mannigfaltigkeit der makroskopischen und histologischen Veränderungen, die sich beim nämlichen Individuum beobachten lassen, sowie aus anderen Gründen für wenig wahrscheinlich. Sie erblicken in ihr vielmehr den Ausdruck einer angeborenen Dystrophie der gesamten

Digitized by Google

Epidermis, einer Dystrophie, die unter noch unbekannten Bedingungen zum Ausbruch kommt. Für diese Auffassung ist es vielleicht von Belang, dafs, wie in allen bisher veröffentlichten Fällen, so auch in dem ihren ein ziemlicher Grad von Schwachsinn bestand. Die von ihnen bei ihrer Patientin vorgenommene Blutuntersuchung ergab nichts Abnormes. Auffällig war der geringe Schwefelgehalt des Harns.

Aus der dermato-syphilitischen Poliklinik des Hôpital Saint Louis, Leitender Arzt Prof. Gaucher. Referiert von Deuelle. Diese Polikliniken, in denen G. die wichtigeren Fälle ausführlich bespricht, scheinen nach dem Untertitel immer am Mittwoch abgehalten zu werden. Das vorliegende Heft des Journals enthält den Bericht von fünf Wochen. Einige der merkwürdigeren Fälle seien hier kurz erwähnt:

Ein 63jähriger Mann bekommt nach Jodkalium eine grofse vegetierende Blase auf dem rechten Handrücken. Für gewöhnlich werden durch Jod Akne oder Purpura hervorgerufen; Blasen sind im allgemeinen ein Symptom des Bromismus.

Ein Kind mit Warzen auf beiden Händen hatte durch beständiges Berühren des Mundes auf der rechten Oberlippe, dicht bei der Kommissur, ein kleines Papillom erzeugt.

Bei einer Frau mit Scabies hatte sich auf der rechten Brustdrüse ein chancriformes Geschwür entwickelt, so dafs man an Lues denken konnte. Doch wiesen alle Umstände auf seinen Ursprung aus der Scabies hin.

Bei einem 43jährigen Mann bestanden zu beiden Seiten der Stirn je eine vollkommen kahle Stelle. Diese Alopecie ist angeboren, verursacht vermutlich durch die Zange, mit deren Hilfe der Mann seinerzeit entbunden wurde.

Bei einer Frau von 60 Jahren entwickelte sich auf der Nase ein Geschwür, das vollkommen einem Lupus tuberkulo-ulcerosus glich; gegen diese Diagnose sprach nur das hohe Alter der Patientin. Auf Hg-Behandlung trat zwar wesentliche Besserung, aber keine völlige Heilung ein; auch verschlimmerte sich der Zustand später wieder. Ob Syphilis oder Lupus mufs die Zukunft entscheiden.

Gelegentlich eines einschlägigen Falles weist G. darauf hin, bei Beingeschwüren immer den Harn zu untersuchen. Albuminurie kommt häufig dabei vor, und die örtliche Behandlung des Geschwürs allein genügt dann nicht.

Ein Fall von Trichophytiasis des Handgelenks bei einem Kutscher, bestehend aus einem runden, eiternden Herd. Früher wurden solche Geschwüre Folliculitis agminata genannt.

Eine Frau mit zwei Lupusknoten auf der Stirn; der gröfsere war fünf Jahre alt, der kleinere sechs Monate. Die unterscheidenden Merkmale dieser Neubildung gegenüber der Syphilis werden hervorgehoben.

Über Quecksilbereinspritzungen, von Louis Jullien. Die innerliche Verabreichung von Hg bei Syphilis ist veraltet, die Schmierkur zwar in einzelnen Fällen noch statthatt, im ganzen aber als unwissenschaftlich zu verwerfen; wissenschaftlich allein zulässig sind die Hg-Einspritzungen. Mit diesem Glaubensatz leitet J. seine kleine Abhandlung ein.

Die Hg-Einspritzungen stellen die wirksamste und bei der nötigen Vorsicht zugleich die ungefährlichste Syphilisbehandlung dar. Dabei ist es einerlei, welches Salz man wählt, wenn nur immer eine ansehnliche Menge Quecksilber eingespritzt wird. J. bringt eine Tabelle von zehn löslichen Quecksilbersalzen; sie gibt an, wieviel reines Quecksilber jedes Salz enthält, und wieviel davon genommen werden mufs, um dem Körper 0,01 Hg zuzuführen. Es enthält z. B. das Quecksilber-Salicylat 42,19% Hg, so mufs jede Spritze 0,024 von dem Salz enthalten, damit 1 cg reines Quecksilber in den Säftestrom gelange. J. hat seine zehn Präparate von seinen Assistenten

Digitized by Google

unterschiedslos verwenden lassen und hat zwischen der Wirksamkeit und der Beeinflussung durch die verschiedenen Salze keine nennenswerten Unterschiede beobachten können.

Daneben haben auch die Kalomel- und Oleum cinereum-Einspritzungen ihre Vorzüge und Indikation; ersteres, wo es gilt, bei drohenden Symptomen rasche Wirkungen zu erzielen; letzteres wegen seiner bequemen Anwendungsweise.

Ein Programm für Syphilisexperimente, von Hallopeau. Nachdem es anscheinend gelungen ist, die Syphilis auf anthropomorphe Affen zu übertragen, so stellt H. eine Anzahl von Punkten fest, über die zunächst der Tierversuch zu befragen sei. Diese Punkte sind: 1. In welcher Periode der Syphilis ist die Krankheit durch das Blut übertragbar? mit fünf Unterfragen. 2. Ist die Krankheit durch das Sperma übertragbar, nachdem die Syphilis allgemein geworden ist? 3. Bejahenden Falls: Erfolgt die Übertragung durch das Spermatozoon oder durch die Samenflüssigkeit? 4. Wie erhöht sich das Sperma beim Syphilom der Testikel? 5. Sind die tertiären Neubildungen auf gesunde Individuen überimpfbar? 6. Läfst sich aus dem luetischen Organismus ein Syphilitoxin gewinnen? 7. Behält das Blut, vorausgesetzt, es sei in einem gegebenen Augenblick infektiös, diese Infektiosität auch dann, wenn es mittels einer Centrifuge seiner sämtlichen festen Bestandteile beraubt ist? H. bedauert, dafs ihm das Material zu diesen Untersuchungen fehlt.

Hautsymptome im Verlauf der chronischen Appendicitis, von H. Fournier. Es gibt, nach der Auffassung namhafter französischer Autoren, eine chronische Appendicitis, die sich 20—30 Jahre lang unter vorübergehenden Verschlimmerungen hinziehen kann und bei der F. eine Reihe von an sich banalen Hauterscheinungen, Pruritus, Akne usw. beobachtet hat. Er erwähnt z. B. einen Fall von Purpura bei rezidivierender Blinddarmentzündung. Nach erfolgreicher Operation der letzteren blieb auch die Purpura dauernd verschwunden. Eine ähnliche Erfahrung machte er bei einem Patienten mit hartnäckiger Prurigo. Nachdem er bei ihm eine chronische Reizung seines Appendix festgestellt hatte, empfahl er ihm eine streng vegetarische Lebensweise, und unter dieser heilten Appendicitis und Prurigo gleichmäfsig aus. Aufser weiteren eigenen Erfahrungen berichtet er ferner aus der französischen Literatur einen interessanten Fall, in dem bei jedesmaliger Verschlimmerung einer schleichen Appendicitis auf der rechten Kopf- und Gesichtshälfte eine abnorme Schweifssekretion ausbrach. Auch hier kam das Symptom mit Beseitigung des erkrankten Appendix in Fortfall. Man soll, so schliefst F. seine Arbeit, beim Vorhandensein hartnäckiger Dermatosen immer mit der Möglichkeit einer chronischen Blinddarmentzündung rechnen. *Türkheim-Hamburg.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1904. Heft 12.

1. **Pityriasis, seborrhoisches Ekzem und Seborrhoide,** von Leredde. Bemerkungen zu Sabourauds Werk „Die Pityriasis und die Schuppenalopecien.“

2. **Das Asthma nervosum und die Hautkrankheiten,** von Bayet. Bei Kranken mit Asthma nervosum finden sich nicht selten licheninfizierte oder ekzematisierte Neurodermatitiden, die immer sehr heftiges Jucken hervorrufen. Bei einzelnen Patienten hat B. enge Beziehungen zwischen dem Asthma und einer solchen Hautkrankheit beobachtet, insofern in diesen Fällen das Asthma stets schlimmer wurde, sobald die Hauterscheinungen sich wesentlich besserten oder verschwanden, während die asthmatischen Anfälle sofort aufhörten, wenn die Hautaffektion wiederkehrte. In anderen Fällen war dieser Wechsel zwischen Asthma und Hautkrankheit nicht so

ausgeprägt; Verschwinden oder Besserung der Dermatose hatte bei diesen Kranken keinen unmittelbaren, ausgesprochenen Einflufs auf das Asthma, bei länger dauernder Beobachtung aber war es doch unverkennbar, dafs in den Perioden, in denen die Hautaffektion besser war, die asthmatischen Erscheinungen sich verschlimmerten. In anderen Fällen existierten sicher gar keine Beziehungen zwischen den beiden Affektionen, sie verliefen völlig unabhängig voneinander. Endlich beobachtete B. auch, dafs beide Krankheiten sich gleichzeitig verschlimmerten oder dafs bei einem Patienten anfänglich bestehende Beziehungen zwischen den zwei Krankheiten aufhörten, und Asthma und Dermatose miteinander besser wurden. — Irgendwelche weitergehende Schlüsse zieht B. aus seinen Beobachtungen nicht; insbesondere hält er es nach wie vor für die Pflicht des Arztes, bei einem Asthmatiker jede Hautkrankheit zu behandeln; führt die Besserung oder Heilung der Dermatose zu einer Verschlimmerung des Asthmas, so ist es ja leicht, die Hautveränderungen wieder hervorzurufen.

Götz-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1904. Heft V.

Plasmazellen und lymph- und blutbildender Apparat, von Bosellini. Die vorliegende Arbeit ist eine weitere Ausführung einer anderen, die der Verfasser vor einigen Jahren in der nämlichen Zeitschrift über diesen Gegenstand publiziert hat (*Giorn. ital.* usw. 1902, Heft II und III). Ein Unterschied zwischen Plasma- und Pseudoplasmazellen läfst sich insofern machen, dafs die ersteren ein pathologisches Produkt darstellen, das durch Umbildung der präexistierenden fixen Zellen entstanden ist, während die Pseudoplasmazellen eingewanderte, im normalen lymphoiden Gewebe als das Resultat eines physiologischen Prozesses entstandene zellige Elemente sind. Diese Umwandlung der fixen Zellen in Plasmazellen unter einem pathologischen Reize geht in der Weise vor sich, dafs die fixe Zelle reicher an Kernchromatin wird, das entweder diffus verteilt bleibt, oder sich zu Körnchen konzentriert, während sich das umgebende Protoplasma verdichtet, gröfser und basophil wird (statt acido- oder neutrophil, wie es zuvor war). Diese basophile Reaktion kann verschiedene Intensitätsgrade zeigen und kann den Kernumwandlungen entweder vorangehen oder ihnen folgen, weshalb die Plasmazelle (Mutterzelle) verschiedenes Aussehen haben kann (Unnascher, Marschalkóscher Typus und verschiedene intermediäre Typen). Von diesen verschiedenen Zellentypen stammen nun kleinere plasmazelluläre Elemente ab (Tochterzellen). Durch Reduktion des Protoplasmakörpers aller dieser Zellenvarietäten entstehen die Lymphocyten. Das Lymphocyt und die lymphocytenartige Zelle, welche letztere einen unvollkommenen Grad darstellt und speziell dem Granulom eigen ist, sind homologe Ausdrücke und bilden die plasmatischen Tochterzellen. Über das Verhalten der Pseudoplasmazellen des lymphoiden Gewebes gegenüber pathogenen Agentien ist folgendes zu bemerken: In Präparaten von rohen Extraktivprodukten des Bacillus menschlicher Tuberkulose erkennt man eine Zunahme der Plasmocytose, der Lymphocytose sowie der basophilen Zellen, die grofsen und mittleren einkernigen basophilen Zellen verwandeln sich nicht wie gewöhnlich in Zellen des Typus von Marschalkó und in Lymphocyten, sondern gehen rasch in den Blutkreislauf über. Erzeugt man aber eine tuberkulöse Infektion und hat sich der Bacillus in den lymphoiden Organen lokalisiert, so konstatiert man, dafs sich die basophilen Elemente des Follikels am Prozesse nicht beteiligen; die spezifische Reaktion erfolgt in fixen Zellen der Pulpa und der Septa (Milz) und der Adventitia der Gefäfse. Sie hypertrophieren und werden zu epitheloiden und Riesenzellen. Dasselbe geschieht aber in den infektiösen Granulomen.

Untersuchungen über die weichen Naevi und die Pigmenttumoren, von Migliorini. (Fortsetzung.) Die Pigmenttumoren. In diesem Hefte bringt der Verfasser die histologische Beschreibung von 14 Fällen von Pigmenttumoren. Wird fortgesetzt.

V. internationaler Kongreſs für Dermatologie und Syphiligraphie, abgehalten in Berlin (12.—17. Sept. 1904). Wurde bereits anderswo referiert.

1904. Heft VI.

Die disseminierte Hautgangrän syphilitischen Ursprungs, von Pasini. Der Fall, welcher den Stoff zu diesem Artikel geliefert hat, betrifft einen 35jährigen Mann, der sich im Jahre 1903 spezifisch infizierte. Der Patient wurde frühzeitig mit Sublimatinjektionen behandelt. Eine Roseola wurde nicht konstatiert, dagegen ein reichlicher papulöser Ausschlag über den ganzen Körper. Kurz danach trat dann zuerst an der Raphe penis ein Infiltrationsherd auf, der sich in einen gangränösen Herd umwandelte; derselbe wurde eliminiert unter Hinterlassung einer flachen Narbe. Identische Herde zeigten sich dann in der Folgezeit noch weitere (Scrotum, Kopfhaut). Die histologische Untersuchung der Plaques ergab, daſs sich die Gangrän genau auf die Cutis beschränkte und die darunter liegenden Schichten verschonte; die Ausbreitung der Herde erfolgte nur in der Fläche und nicht nach der Tiefe, wodurch sich die Affektion vom Gumma deutlich unterscheidet. Sie stimmt somit überein mit den Syphilides tuberculo-ulcérantes gangréneuses und zeichnet sich durch ihr frühzeitiges Auftreten und ihre Neigung, zu rezidivieren, aus. Der Verfasser konnte sich überzeugen, daſs der Prozeſs von den Venen ausgeht, während die Arterien und das umliegende zunächst unberührt bleiben. Man konstatiert eine Proliferation des Venenendothels, welche zu Zellenanhäufungen führen, die das Gefäſslumen in mehr oder weniger hohem Grade verengern und schlieſslich verstopfen. Von den tunicae der Venen erstreckt sich sodann der Prozeſs in zentrifugaler, denditrischer Weise auf das umgebende Bindegewebe, wo der gangränöse Prozeſs sich fortsetzt. P. gelangte ferner zur Überzeugung, daſs die Obliteration nicht durch eine Thrombose verursacht wird, sondern durch einen pathologischen Prozeſs, welcher primär die Intima der Venen befällt und in einer obliterierenden Endophlebitis besteht. Die Läsionen entstehen zweifellos durch Lokalisation des syphilitischen Virus in gewissen Hautbezirken; der Modus wie und der Grund, warum dies geschieht, ist vorläufig noch unbekannt. Dieses syphilitische Virus wirkt aber in ganz verschiedener Weise beim Primäraffekt und bei den beschriebenen Läsionen, unter anderen Gründen wohl hauptsächlich deshalb, weil es sich bei letzteren um einen längeren Zeitraum seit dem Kontagium handelt und so das Gift nicht mehr auf einen rezeptiven, sondern auf einen bereits immunisierten Organismus wirkt.

Untersuchungen über die weichen Naevi und die Pigmenttumoren, von Migliorini. (Schluſs.) Das Resultat dieser Untersuchungen läſst sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Der weiche Hautnaevus besteht aus einer Ansammlung epithelialer Zellen, welche eine Reihe von regressiven Umwandlungen durchmachen, sich aber niemals in Elemente verwandeln, die der Bindegewebssubstanz angehören. Sämtliche Pigment enthaltenden Neubildungen waren epitheliale Geschwülste. Das einzige pigmenthaltige Neoplasma stammte vom Mesoblast ab und enthielt kein Melanin. Sämtliche carcinomatöse Geschwülste stellten die bösartige Entartung eines bereits vorher bestehenden weichen Naevus dar. Ein melanotischer Tumor zeigte solche histologische Merkmale, daſs seine Abstammung von einem Naevus ausgeschlossen werden muſste; er unterschied sich deutlich von den übrigen zwölf, obwohl er mit denselben seine ektodermale Abstammung teilte. Die Präexistenz eines weichen Naevus ist keineswegs eine notwendige Bedingung zur Entwicklung

Digitized by Google

eines melanotischen Tumors. Meine zwölf ersten Carcinome zeigten verschiedene gemeinschaftliche Eigentümlichkeiten, obwohl sie in bezug auf die Struktur ihrer Zellen, auf die Architektur, die Komplikationen und die Ausbreitung einige Abweichungen aufwiesen. Ihre Zellen, verglichen mit denen des Rete Malpighii, hatten einen atypischen Charakter. Die Läsionen der Epidermis bestanden bei allen im Vorkommen von Zellen, deren histo-biologische Merkmale mit denen übereinstimmen, die wir bei den die weichen Naevi zusammensetzenden Elementen finden.

Beitrag zum Studium der Haaranomalien, von Giorgi. Der Verfasser hat bei sich selbst und bei einem Kollegen Haarveränderungen vorgefunden, wie ähnliche von Mibelli und Chirivino beschrieben worden sind: Mitten unter den gesunden Haaren befinden sich solche, welche drei- oder viermal dicker sind; einzelne derselben stehen auf ganz gesunder Haut, um andere aber bilden sich entzündliche Erscheinungen in Gestalt eines roten Hofes in der Umgebung des Follikelausführungsganges, welcher sich dann in eine Pustel umwandelt; nach Platzen der letzteren entleert sich mit dem Eiter auch das zentral stehende Haar, umgeben von einer aufgeschwollenen, fettigen Haarscheide. Nach Aufbruch der Pustel bleibt eine punktförmige Narbe zurück mit Atrophie des Follikels. Beim Verfasser selbst kam es nur bis zur Bildung eines Infiltrationsknötchens, aber nicht zur Entwicklung von Eiter. In keinem Falle konnte er in den erkrankten Haaren Hyphomycoten nachweisen; im Pusteleiter waren nur spärliche Staphylokokken vorhanden, sowie einige ganz kleine bazilläre Elemente (Mikrobacillus seborrhoeae). Die beiden Fälle unterscheiden sich sowohl in klinischer als in histologischer Beziehung: während nämlich in dem einen (mit Pustelbildung) neben der beiden Fällen gemeinschaftlichen Hyperplasie des Haares die entzündlichen Erscheinungen einen höheren Grad zeigten, waren auch tiefere Veränderungen vorhanden (Narbenbildung, Zerstörung des Follikels).

Die Epitheliome und ihre Behandlung, von Mibelli. Siehe *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 31, Nr. 6.

Die Röntgentherapie im Phototherapeutischen Institut der Lesserschen Klinik für Hautkrankheiten, Berlin, von Terzaghi. Beschreibung der Apparate und Resultate bei den verschiedenen Hautkrankheiten. Die schönsten Erfolge wurden erzielt bei Favus, Sycosis simplex, Herpes tonsurans, Warzen, Keloidakne. Bei Psoriasis bietet die Methode vor den anderen keine Vorzüge, ebenso bei Lupus vulgaris; beim Lupus erythematosus waren die Resultate bisher vollständig unbefriedigend.

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen, von A. Frhr. von Notthafft-München. (Vierte Aufl. Seitz und Schauer. München 1904.) Dieses Taschenbuch hat sich in der kurzen Zeit seines Bestehens einer solchen Beliebtheit in Interessentenkreisen zu erfreuen gehabt, daſs es vollauf genügen dürfte, wenn hier kurz darauf hingewiesen wird, daſs dasselbe in neuer, umgearbeiteter und erweiterter Auflage vorliegt. Da es das einzige in seiner Art ist, sind Vergleiche und Gegenüberstellungen nicht möglich; man kann aber jedem auf diesen speziellen Gebieten praktizierenden Arzte, welcher das kleine Werk etwa noch nicht kennt, dasselbe warm empfehlen, denn es enthält eine reiche Fülle

von Einzelheiten, welche oft nützlich zu wissen sind, aber eben so schwer im Gedächtnis zurückzuhalten sind. Vielleicht würde das Buch an praktischer Nützlichkeit noch gewinnen, wenn etwas Raum geboten wäre, damit man zu den einzelnen Kapiteln noch selbst etwa bemerkenswert erscheinende Notizen therapeutischer oder sonstiger Art hinzufügen könnte. Einige Druckfehler wären noch zu beseitigen, z. B. im Ärzteverzeichnis englischer Sprache. Balmanno Squire hat sich eine Umstellung seines Namens gefallen lassen müssen. Über die Angaben in anderer fremder Zunge gestattet sich Referent kein Urteil. Auf eine Besprechung der empfohlenen therapeutischen Maſsnahmen kann hier füglich nicht eingegangen werden. Es genüge zu sagen, daſs Verfasser nur zuverlässige, erprobte Methoden anführt. Die angegebenen Grenzen für die Litholapaxie findet Referent allerdings etwas zu eng gezogen. Als Gesamturteil über das Buch kann aber nur wiederholt werden, daſs es eminent zweckmäſsig und praktisch verwertbar ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kunstbuch derinnen ist der gantze gründliche volkommene gewisse bericht und erweisung vnnd Lehr des Hartenn Reiſsenden Schmertz haftigenn Peinlichen Blasenn Steines. Verfasset vnnd beschrieben durch Georgium Bartisch vonn Koenigsbrück. Im Altenn Dreſsden. 1575. Herausgegeben von Otto Mankiewicz. (Berlin, Oscar Coblentz, 1905.) Vor zehn Jahren wurde in der Bibliothek in Dresden ein aus dem Jahre 1575 stammendes Kunstbuch über den Steinschnitt entdeckt, daſs Bartisch, den Verfasser des seit Jahrhunderten bekannten „Augendienstes“ zum Autor hat. Die Herausgabe dieses Kunstbuches, das Bartisch als vorzüglichen Praktiker der Steinschneidekunst zeigt und sehr gute Abbildungen insbesondere von überraschend vollkommenen und zweckentsprechenden Instrumenten enthält, ist aufs wärmste zu begrüſsen; die Lektüre des originellen Werkes, zu dem M. eine sehr gute Einleitung mit ausführlicher Inhaltsangabe geschrieben hat, wird jedem Arzte, der Interesse und Verständnis für die Geschichte der Medizin besitzt, Vergnügen und Belehrung in reichem Maſse gewähren. *Götz-München.*

Syphilis de l'oeil et de ses annexes, von F. Terrien-Paris. (Paris, G. Steinheil, 1905.) Eine vorzügliche Monographie, die weder an Ausführlichkeit noch an Klarheit etwas zu wünschen übrig läſst. Verfaſst von einem Ophthalmologen — T. war Vorstand der Pariser Universitätsaugenklinik — ist das Werk in erster Linie für den Dermatologen und den praktischen Arzt berechnet; es wird sich unter ihnen sicherlich viel Freunde erwerben. *Götz-München.*

Berlins drittes Geschlecht, von Magnus Hirschfeld-Berlin. (H. Seemann Nachf., Berlin und Leipzig.) In diesem kleinen Werke, das einen Band der von H. Ostwald zur Beleuchtung verschiedener sozialer und ethischer Fragen herausgegebenen Serie der „Groſsstadt-Dokumente“ bildet, verläſst der bekannte Vorkämpfer für die Aufhebung des § 175 des St. G. B. den streng medizinisch wissenschaftlichen Standpunkt und wendet sich in leicht faſslicher Weise an das gesamte gebildete deutsche Publikum. Mit dem Namen „drittes Geschlecht“ sind nämlich diejenigen Individuen bezeichnet, welcher infolge eines angeborenen Defektes nur im Verkehr mit gleichgeschlechtlichen Personen eine sexuelle Befriedigung finden können, und die man sonst als Uranier oder Urninge kennt. Während nun die Gesetzgeber im Deutschen Reiche die Auffassung hegten, daſs ein sexueller Verkehr zwischen gleichgeschlechtlichen Individuen nur infolge von sträflicher Übersättigung und Überreizung der normalen Triebe vorkomme und somit der freien Willensäuſserung der betreffenden unterliege, weiſs wenigstens jeder Arzt, der sich auch nur oberflächlich mit der Materie beschäftigt hat, daſs dies bloſs in der entschiedenen Minderzahl der tatsächlichen Fälle zutrifft. Für solche namentlich an Minderjährigen begangenen Vergehen ist in anderen Paragraphen eine entsprechende Abwehr vorgesehen. Der

§ 175 trifft in seiner Härte nicht diese Lüstlinge, sondern tausende von unglücklichen, kongenital defekten Menschen, welche schon durch das Bewufstsein ihrer abnormen Triebe sich von der Umgebung abgesondert fühlen und nun überdies durch die Furcht vor der ihnen drohenden Verfolgung und oft genug durch die Machinationen von gewissenlosen Erpressern vollends zugrunde gerichtet werden. H. schätzt die Zahl der in Berlin lebenden Uranier auf nicht weniger als 50000. Diese Zahl ist im Verhältnis zur Gesamteinwohnerzahl jedenfalls höher als in anderen Städten, weil sich diese Abnormen mit Vorliebe in die Grofsstadt flüchten, wo sie am ehesten unbeachtet sich aufhalten können. Immerhin hält H. die Schätzung für eher zu niedrig als zu hoch gegriffen. Er rechnet nun auf durchschnittlich etwa 20 Verurteilungen jährlich auf Grund des beregten Paragraphen; dagegen, meint er, verfallen mindestens 2000 jedes Jahr der Habgier und Tyrannei von abgefeimten Erpressern, von denen sie oft nichts als der Tod befreit. Wenn es nun nicht anzunehmen ist, dafs es ein einziges Mitglied des Deutschen Reichstags gibt, das nicht wüfste, dafs es Zwitter unter den Menschen gibt, deren eigentliches Geschlecht, namentlich bei der Geburt, aber auch später recht schwer festzustellen ist, so müfsten doch auch die Nichtmediziner sich logischerweise sagen, dafs, wo so grobe Mifsbildungen auftreten können, auch weniger deutlich ausgeprägte Übergangsformen möglich sein müssen, und dafs man diese eben in den Uraniern findet. Man hat also ebensowenig Grund, diese Menschen mit Strafe zu bedrohen, wie einen Paranoiiker oder sonst einen seiner freien Willensäufserung beraubten Menschen. Man hebe also den ominösen Paragraphen, gegen welchen schon 2800 Ärzte und 750 Direktoren und Lehrer höherer Lehranstalten voriges Jahr petitioniert haben, auf und befreie diese bedauernswerten Kranken von diesem ungerechten Drucke. Ein weiteres Umsichgreifen dieser Abnormität etwa durch Suggestion oder Nachahmungslust ist nicht zu befürchten. Das Gesetz ist sehr wohl imstande, einem zu öffentlichen Auftreten dieser abnormen Neigungen entgegenzutreten, und für jeden normal angelegten Menschen ist ein solcher Defekt an sich schon immer eine fortwährende Quelle der Abneigung und des Widerwillens.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen, von H. Spude - Pr. Friedland. (Berlin, Gose & Tetzlaff. 1904.) Der vorliegenden umfangreichen Arbeit liegen zwei bei demselben Patienten entstandene Stadien eines beginnenden Plattenepithelkrebses zugrunde, über deren erstes Verfasser schon 1901 schrieb. Schon damals bemerkte Verfasser, dafs es im hohen Grade unwahrscheinlich sei, dafs Parasiten die Ursache des Krebses seien und die Anschauung Marchands bei weitem annehmbarer erscheint, dafs angeerbte Krankheitsanlage oder veränderter Chemismus der Gewebe, Zellen und Flüssigkeiten bei der Genese maligner Neubildungen, im besonderen des Carcinoms, eine Rolle spielt, letzteres also im gewissen Sinne als konstitutionelle Erkrankung aufzufassen ist. In langer Ausführung, an der Hand seiner histologischen Präparate, tritt Verfasser Ribberts Ansichten entgegen und zeigt, dafs man ausgedehnte Bindegewebsveränderungen regressiver Art — nicht progressiver Art, wie Ribbert meint — findet. Die Bindegewebsdegeneration ist abhängig von der Gefäfsordnung, d. h. also von der Blutzirkulation. Es handelt sich sicher um eine Toxinwirkung. Der allererste Effekt des Toxins ist nun, unter Mitwirkung und Fortdauer der irritativen, eine chronische Hyperämie bewirkenden Veranlassungsursache eine Veränderung progressiver Art der Endothelien der feinsten, dem Oberflächenepithel am nächsten gelegenen Gefäfse. Durch derartige Gefäfsveränderungen gewinnt das Toxin erst ungehinderten Zutritt zu den umgebenden Gewebselementen. Erst dann ist die Möglichkeit einer regressiven Einwirkung des Toxins auf das Bindegewebe resp. auf die feinsten Fibrillen der Zwischensubstanz

Digitized by Google

gegeben. Das vom Blute aus zirkulierende Zellgift wirkt also am stärksten im oberen Drittel der Cutis, wo die chronischen Reizungen bezw. Gefäfsveränderungen und Zirkulationsstörungen zuerst einsetzen. Die Toxinverteilung ist keine gleichmäfsige, neben vorzugsweise degenerativen Bindegewebsveränderungen können auch progressive entstehen, wenn die Toxinmenge einen bestimmten mittleren Grad erreicht, was an umschriebenen Stellen der Fall und insbesondere abhängig ist von der Blutverteilung und von durch Zirkulationsstörungen geschaffenen Affinitätsverhältnissen des epithelialen Gewebes zu dem Toxin.

Nach der Erkennung der Ursache der Krebsgeschwülste als eines irritativen und auch zugleich regressive Metamorphose bewirkenden Gewebsgiftes mufs es bestritten werden, dafs sich die proliferativen Prozesse der Hypertrophie und Hyperplasie, deren viele und unmerkliche Übergänge in das Gebiet der autonomen Tumoren bekannt sind, sowie auch der entzündlichen Neubildung von den echten Geschwülsten prinzipiell unterscheiden. Die Genese der Carcinome durch ein in den Körpersäften kreisendes Toxin erscheint dem Verfasser nach seinen sehr fleifsigen Studien absolut einwandsfrei. Über die Herkunft der Toxine läfst sich nichts Sicheres sagen, sie können aus einer fehlerhaften vererbten, aber auch individuellen oder erworbenen Anlage her durch von der Norm abweichende Stoffwechselvorgänge der Gewebe entstehen, es kann aber auch den Geweben nur die Fähigkeit mangeln oder verloren gegangen sein, gewisse auch in der Norm gebildete, vielleicht vermehrte toxische Stoffwechselprodukte zu neutralisieren und unschädlich zu machen. Qualität und Quantität dieser Toxine kann dabei sehr verschieden sein. Auch Keimverlagerungen und Entwicklungsstörungen aller Art können eine Gelegenheitsursache für die Manifestierung eines Geschwulstgiftes abgeben, erbliche Veranlagung spielt eine Rolle. Man mufs also der Überlegung Marchands nur hinzufügen, dafs sie für sämtliche Geschwulstbildungen Geltung hat, und es erscheint damit nicht allein für die epithelialen Neubildungen, sondern für das ganze grofse Gebiet der Tumoren endlich das gefunden und bewiesen, was nicht allein die wahre Erklärung gewisser, an sich richtiger Beobachtungen gibt, auf die sich die Haupttheorien der Geschwulstgenese gründen, sondern auch die Lücken dieser Theorien beseitigt, die rätselhaften Eigenschaften der Geschwulstzellen, die den Gesetzen der Organisation ganz zuwidersprechen scheinen, einheitlich erklärt und auf alle Fragen Antwort zu geben vermag, die bezüglich der Entstehung der Geschwülste gestellt werden können.

Bernhard Schulze-Kiel.

Verschiedenes.

Korrektion einer durch Verbrennung herbeigeführten Deformität mittels plastischer Operation, von W. H. Brown - Leeds. (*Brit. Med. Journ.* 7. Januar 1905.) Verfasser schildert unter Beifügung von drei Photographien ein sehr erfreuliches Resultat bei einem elfjährigen Mädchen, bei welchem infolge von Narbenkontraktur nach ausgedehnter Verbrennung die Unterlippe total ektropioniert und das Kinn bis ans Sternum unbeweglich heruntergezogen war.

Philippi - Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Frambösia tropicalis
(Javane Ratman).

Digitized by Google

Frambösia tropicalis
(Javane Ratman).

Ueber Frambösia trop. Dr. med. Oscar Henggeler. Gravüre Obernetter, München.

Digitized by Google

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Frambösia tropicalis
(Javane Ratman).

Ueber Frambösia trop. Dr. med. Oscar Henggeler. Gravüre Obernetter, München.

Digitized by Google

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. №. 6. 15. März 1905.

Die kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids auf die epithelialen Gewebe.

Von

Dr. A. Pasini,

Assistent an der dermosyphilopathischen Klinik der k. Universität Parma.[1]

Die kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids ist seit langer Zeit bekannt, wie dies die Formeln von Frate Cosimo, Hebra, Manec beweisen. Zu besonderer Geltung kam sie aber erst im letzten Jahrzehnt, als sie von Cerny und Trunečk bei der Behandlung des Epithelioms angewendet wurde. Dann folgten eine große Anzahl Publikationen über den Gegenstand. Während aber dem Arsenik eine unzweifelhafte spezifische Wirkung auf die epithelialen Gewebe zuerkannt wurde, konnte man sich anderseits diese Wirkung in pharmakologischer Hinsicht nicht erklären. Auch die Erklärungen von Binz und Schultz vermochten dies nicht in sicherer und erschöpfender Weise zu tun. Diese Autoren untersuchten nämlich das Verhalten des Arseniks, innerlich dargereicht, gegenüber den Geweben und gelangten dabei zum Schlusse, daſs die therapeutische Wirkung des Arseniks in einer Serie von Oxydations- und Reduktionsprozessen, in einem Sauerstoffaustausch zwischen dem lebenden Protoplasma der Zellen und dem im Blute zirkulierenden Arsenik bestehe; dieser Sauerstoffaustausch sollte innerhalb gewissen Grenzen einen günstigen Einfluſs auf das Protoplasma selbst ausüben, indem er die physiologische Tätigkeit anrege. Sie brachten den Vorgang in Analogie mit anderen Tatsachen, die man bei der gewöhnlichen Fowlerschen Lösung beobachtet, wenn man sie dem Lichte und der Luft aussetzt.

Weitere wichtige Untersuchungen über den Arsenik liegen von Gautier, Bertrand und Gosio vor. Die ersteren zeigten, daſs der

[1] Der experimentelle Teil dieser Arbeit wurde im Institut für experimentelle Pharmakologie an der Universität Parma ausgeführt, der klinische und histologische Teil in der dermosyphilopathischen Klinik derselben Anstalt.

Digitized by Google

Arsenik in den zelligen Elementen des tierischen Organismus normal vorkommt, und zwar in gröfseren Quantitäten in den Geweben, welche vom Ektoderm abstammen, besonders in der Epidermis. Gosio wies nach, wie leicht der Arsenik von einigen protoplasmatischen Körpern aufgenommen und zu organischen Verbindungen umgebildet werden kann. Diese Untersuchungsresultate zeigen deutlich, von welcher Wichtigkeit die Darreichung des Arseniks bei vielen Krankheiten der parenchymatösen Organe im allgemeinen und der Haut im besonderen werden kann, und welche engen Beziehungen bestehen zwischen dem normalen Vorkommen des Arseniks in den epithelialen Elementen der Haut und seiner Verwendung bei der Behandlung der Neubildungen, welche von diesen Elementen abstammen.

Es ist nun wahrscheinlich, dafs die fundamentale pharmakologische Wirkung des Arseniks, äufserlich angewendet, dieselbe ist wie bei innerlicher Darreichung.

Die Lösung der Frage, die ich hier zu behandeln gedenke, darf sich aber nicht allein auf den anatomo-pathologischen Befund stützen, welcher zwar bedeutend zur Illustration der klinischen Fälle beigetragen, wo der Arsenik mit bestem Erfolge als Kaustikum angewendet wurde. Bei diesem Befunde wird nämlich ausschliefslich die Schlufswirkung des Arseniks berücksichtigt, keineswegs aber die einzelnen Phasen, die zu derselben führen. Aufserdem wurde der Arsenik stets gleichzeitig mit anderen Substanzen angewendet, die an und für sich schon in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade pathologische Veränderungen des epithelialen Gewebes zu erzeugen vermögen. So enthält das Cosimosche Pulver, die Hebrasche Pasta und das Kaustikum von Manec auch rotes Quecksilbersulfit und kalzinierten Schwamm, deren Alkalinität zur Ausübung einer kaustischen Wirkung hinreicht. Dafselbe gilt für die bekannte Fowlersche Lösung, äufserlich angewendet. Die Mischung von Cerny und Truneček enthält Alkohol, diejenige von Mibelli Alkohol und Äther; der Alkohol entzieht aber den Geweben Wasser, wodurch das Absterben und selbst die Mumifikation der Zellen verursacht wird.

Ich hielt es deshalb für notwendig, bei meinen Untersuchungen über die Wirkung des Arseniks auf die Gewebe (direkt appliziert), diejenige Substanz zu prüfen, welche zu diesen Zwecken gewöhnlich verwendet wird, nämlich das Arsenigsäure-Anhydrid, und zwar in wässeriger Lösung. So konnten die allfälligen Resultate nur dieser Substanz zugeschrieben werden; gleichzeitig liefs sich dann auch über die Dosierung eine Norm aufstellen. Ferner gab ich der Lösung vor der Suspension den Vorzug, indem das As_2O_3, auch wenn es in Suspension angewendet wird, nur dann wirken kann, wenn es in Lösung mit den organischen Geweben in Berührung tritt.

Eine lösliche Substanz, die in einer Flüssigkeit suspendiert ist, kann nämlich in zweifacher Weise wirken: entweder in mechanischer oder aber insofern sich die aktive Lösung im gesättigten Zustande erhält.

Es darf von vornherein ausgeschlossen werden, daſs das suspendierte As_2O_3 auf die Gewebe mechanisch wirkt, und muſs deshalb angenommen werden, daſs es nur dann zur Wirkung gelangt, wenn es sich bei der Berührung mit den Geweben löst. Nun aber kann die Konzentration einer aufgetragenen Flüssigkeit in vierfacher Weise zu- oder abnehmen: sie kann zunehmen durch Resorption oder Verdunstung des lösenden Vehikels, abnehmen dagegen durch Resorption der aufgelösten Substanz oder dadurch, daſs einzelne Molekel der letzteren auf verschiedene Weise verschwinden. In unserem Falle ist keine Verdunstung der aufgelösten Molekel möglich, weil das As_2O_3 keine merkbar flüchtige Substanz ist. Eine Resorption dieser Molekel kommt wohl ebenfalls kaum in Betracht im Vergleiche zur Resorption und Verdunstung der lösenden Flüssigkeit; hieraus resultiert aber eine Neigung der Lösung, eine höhere Konzentration anzunehmen. Wird das As_2O_3 in suspendierter Mischung appliziert, so wirkt es nur dadurch, daſs sich eine Lösung bildet, die stets konzentriert ist. Zu unseren Versuchen eignet sich aber ein derartiges Vehikel nicht, da es sich mit einer Suspension nicht feststellen läſst, in welcher Dosis das As_2O_3 seine spezifische, nekrotisierende Wirkung auf die Gewebe auszuüben vermag.

Aus diesem Grunde habe ich mich stets genau titrierter As_2O_3-Lösungen bedient.

Zu meinen Untersuchungen bediente ich mich des Deckepithels der Zungen- und Mundschleimhaut von Kaninchen und Hunden sowie der Präputialschleimhaut vom Menschen. Hierbei muſs ich auf eine irrtümliche und in letzter Zeit noch von Vogel unterstützte Ansicht hinweisen, die sich in den Lehrbüchern über Pharmakologie findet: daſs nämlich das normale Epithel der Haut vom Arsenik in wässeriger Lösung nicht angegriffen wird. Ich habe mich im Gegenteil stets überzeugen können, daſs das Schleimhautepithel konstant besondere Veränderungen eingeht, wenn man eine wässerige As_2O_3-Lösung mit demselben in Berührung bringt, und daſs dasselbe mit dem Epithel der äuſseren Haut geschieht, wenn man dieselbe seiner oberflächlichen, impermeablen Schicht, das heiſst der Hornschicht, entblöſst. Damit das As_2O_3 eine kaustische Wirkung entfalten könne, ist es notwendig, daſs es mit den lebenden Epithelzellen in Kontakt gelange. Diese Bedingung ist ohne weiteres erfüllt bei den Schleimhäuten, bei der Haut muſs aber, wie gesagt, zuvor die Hornschicht entfernt werden. Daraus erklärt sich denn auch, daſs in den älteren Formeln neben dem As_2O_3 Substanzen verwendet werden, die befähigt sind, die Hornschicht aufzuweichen oder in derselben Kontinuitätstrennungen zu schaffen.

Bei der Schätzung der kaustischen Wirkung des As_2O_3 in wässeriger Lösung kommen folgende Punkte in Betracht: 1. die zur Erhaltung einer kaustischen Wirkung erforderliche Konzentration, 2. der Zeitraum der zwischen der Applikation der Lösung und dem ersten Auftreten von

Digitized by Google

anatomischen Veränderungen verstreicht, und 3. die Frage, ob die kaustische Wirkung mit einem vitalen Prozesse des Gewebes in Beziehung steht.

Zur Feststellung der Konzentration der Lösung habe ich folgende Versuche gemacht: Nachdem das Tier auf einem Tische in passender Weise fixiert worden, fasse ich die Zunge an der unteren Oberfläche mit einer Zange (deren Enden zur Vermeidung schwererer Verletzungen mit Gummi versehen sind) und fixiere sie durch Anhängen eines Gewichtes, das nur dann zur Wirkung gelangt, wenn das Tier versucht, seine Zunge zurückzuziehen. Sodann betupfe ich einen gewissen Bezirk der Zungenoberfläche wiederholt mit der Arseniklösung. Gleichzeitig bringe ich in den Konjunktivalblindsack einen mit derselben Flüssigkeit getränkten Wattebausch.

Die gesättigte As_2O_3-Lösung in Wasser hat eine Konzentration von 1,7 : 100 (offizielle Pharmakopoe). Um sicher zu sein, dafs die feste Substanz auch wirklich vollständig gelöst war, begann ich mit einer maximalen Konzentration von 1 : 70. Ich will hier nur kurz in einer Tafel das Ergebnis meiner Untersuchungen mitteilen:

Konzentrat. der Lösung	Dauer der Applikation	Beginn der Wirkungnach	Resultat
1 : 70	45 Minuten	24 Stunden	Makroskopisch und mikroskopisch deutlich erkennbare Veränderungen.
1 : 100	„	„	Weniger deutliche Veränderungen makroskopisch; histologisch läfst sich noch nichts erkennen.
1 : 150	„	„	Kaum merkbare Veränderungen.
1 : 200	„	„	Gar keine Veränderungen.

Daraus schliefse ich, dafs der Arsenik in wässeriger Lösung in den epithelialen Geweben zu Veränderungen führt, wenn die Lösung eine Konzentration von mindestens 1 : 150 hat. Ich will aber damit noch keineswegs behaupten, dafs nicht schon schwächere Lösungen anatomische Veränderungen zu verursachen vermögen; sie lassen sich aber bei der mikroskopischen Untersuchung nicht nachweisen; zweifellos aber müssen sie dennoch bestehen, und zwar bilden sie die erste Phase der toxischen Wirkung, welche dann zur Nekrose führt.

In dieser ersten Serie von Experimenten haben wir konstatiert, dafs die höchsten anatomischen Veränderungen bei Anwendung einer Lösung von 1 : 70 beobachtet werden. Aber auch bei dieser Konzentration treten die Veränderungen nicht sofort auf, sondern ich konstatierte sie erst nach einem Zeitraume von 24 Stunden, wenn ich das Tier getötet hatte.

Eine zweite Tabelle soll hier die Zeiträume (Minima) angeben, nach welchen ich die ersten merklichen anatomischen Veränderungen auftreten

Digitized by Google

sah. Auch hier beziehen sich die Experimente auf Kaninchen und Hunde, wobei ich nach derselben Technik verfuhr.

Konzentration	Dauer der Einwirkung	Zeitraum	Resultat
1 : 70	45 Minuten	24 Stunden	Intensive makro- und mikroskopische Veränderungen.
1 : 70	„	16 „	Etwas weniger intensive Veränderungen.
1 : 70	„	7 „	Noch weniger intensive Veränderungen.
1 : 70	„	4 „	Nur noch mikroskopisch nachweisbare Veränderungen.
1 : 70	„	2 „	Gar keine Veränderungen.

Mit einer Lösung von 1 : 70 braucht es also mindestens drei bis vier Stunden bis es zur deutlichen Entwicklung epithelialer Veränderungen kommt. Hierin unterscheidet sich das As_2O_3 bedeutend von der Mehrzahl der anderen Kaustika, welche sofort bedeutende Veränderungen in den Zellen und ihr plötzliches Absterben verursachen. Nach Feststellung dieses wichtigen Punktes des Wirkungsmechanismus des As_2O_3 handelte es sich noch darum, zu untersuchen, welches die besonderen Bedingungen sind, die ihm diese Eigenschaften verleihen. Es wäre unschwer, hierfür eine genaue Erklärung zu finden, wenn man die biologischen Prozesse kennen würde, die sich unter normalen Verhältnissen in den Zellen der Epidermis abspielen und wenn man, was unseren Fall speziell anbelangt, die Veränderungen verfolgen könnte, welche durch das As_2O_3 in denselben hervorgerufen werden. Zurzeit läfst sich aber dieses Rätsel noch nicht lösen, und so mufste ich vorläufig meine Untersuchungen auf die Vitalität der Zellen beschränken, die sich allein sicher kontrollieren läfst.

In einer dritten Serie von Experimenten habe ich deshalb untersuchen wollen, ob die wässerige As_2O_3-Lösung in derselben oder in verschiedener Weise auf das lebende und das tote Epithelgewebe einwirke. In dieser Weise liefs sich nämlich feststellen, ob die Zellen in ihren vitalen Erscheinungen an den Veränderungen teilnehmen, d. h. in den chemischen Prozessen, die mit ihrem Leben unzertrennlich sind, oder aber ob die Lebensfähigkeit oder der Tod der Zelle ein von der Wirkung des As_2O_3 unabhängiges Element darstelle.

Ich benutzte wieder die wässerige As_2O_3-Lösung in der Konzentration von 1 : 70, mit welcher ich deutliche Veränderungen auf der Zunge und der Konjunktiva lebender Tiere hervorgerufen hatte. Diese Teile (Zunge und Konjunktiva) entfernte ich nun rasch mit einem Bistouri und brachte sie sofort in einen Thermostaten bei einer Temperatur von 37°, um sie vor dem Erkalten zu schützen. Dann liefs ich die Lösung 45 Minuten

Digitized by Google

lang auf die Schleimhäute einwirken, legte die Präparate in die feuchte Kammer und untersuchte sie nach Zeiträumen von 7, 16 und 24 Stunden.

Makoskopisch liefsen sich keine Veränderungen nachweisen, die Präparate wurden aber dennoch in ZENKERsche und FLEMMINGsche Lösung gelegt behufs histologischer Untersuchung; das As_2O_3 hatte auf dieselben in keiner Weise eingewirkt.

Daraus geht hervor, dafs die wässerige As_2O_3-Lösung nur auf lebende Zellen eine zerstörende Wirkung ausüben kann, mit anderen Worten, dafs dieselben in ihren vitalen Erscheinungen betroffen werden.

Daraus erklärt sich denn auch die Tatsache, dafs eine mit normaler Hornschicht überzogene Haut von As_2O_3 nicht beeinflufst wird, indem in der Hornschicht die vitalen Prozesse zum Stillstande gelangt sind, wodurch eine schützende Decke für die darunter liegenden lebenden Zellen gebildet wird. Meine Experimente finden somit auch eine indirekte Bestätigung in den Untersuchungen von GOSIO, die sich auf das Verhalten des Arseniks gegenüber dem Penicillum brevicaule beziehen. Sie haben nämlich gezeigt, dafs dieser Pilz in seinem lebenden Gewebe das Metalloid aufzunehmen und zu bearbeiten vermag.

Bis jetzt habe ich noch nicht die Frage berührt, worin die Bedingungen bestehen, wodurch die anatomischen Veränderungen im epithelialen Gewebe durch die wässerige As_2O_3-Lösung veranlafst werden. In allen den zahlreichen Beschreibungen mit Angabe des anatomo-pathologischen Befundes, wo es sich um die Anwendung von As_2O_3 handelt, finde ich aber keine einzige, wo diese Substanz in wässeriger Lösung gebraucht worden wäre.

Der histologische Befund in allen meinen Untersuchungen lässt sich kurz zusammenfassen, da er überall identisch war. Die Intensität der Wirkung variiert zwar mit der Konzentration der Lösung und der Dauer der Einwirkung. Wir können zwei Kategorien von Veränderungen unterscheiden:

1. solche, die sich ausschliefslich auf das Epithel,
2. solche, die sich auf die Cutis beziehen.

1. Veränderungen des Epithels.

Als erste Erscheinung erkennt man eine Rarefaktion des Protoplasma in der Umgebung des Kernes, welche zur Bildung eines hellen, homogenen, die sauren Farbstoffe nur wenig aufnehmenden Raumes führt. Dann nimmt der Kern an Umfang zu, wird blasenartig und verliert seine Chromatinfäden und die Kernkörperchen. In einem weiteren Stadium dehnt sich der helle Raum nach der Peripherie hin aus, die Zelle wird

Digitized by Google

größer und nimmt eine runde Gestalt an. Gleichzeitig verliert der Kern seine Blasenform; das übriggebliebene Chromatin sammelt sich zu einem Knötchen an; das letztere zeigt verschiedene Gestalt, nimmt intensiv basische Farbstoffe auf und lagert sich gegen die Peripherie der Zelle ab. Das Protoplasma verschwindet nach und nach vollständig. Die Zelle hat ihre Umbildung vollendet und erscheint als eine homogene Masse, die vollständig durchsichtig ist und sauren Farbstoffen gegenüber nur schwach reagiert. Osmiumsäure und Sudan III gibt keine Fettreaktion.

Während sich diese Veränderungen abspielen, entwickelt sich eine reichliche Auswanderung polynukleärer Leukocyten zwischen die Epithelzellen und eine starke Ansammlung seröser Flüssigkeit. An vielen Stellen ist die Schleimschicht aufgerissen, und es bilden sich mit seröser Flüssigkeit gefüllte Räume, in welche viele Epithelzellen und zahlreiche polynukleäre Leukocyten eindringen.

2. Veränderungen im Derma.

Diese bestehen in einer bedeutenden serösen Sekretion und einem beträchtlichen Zufluß von polynukleären Leukocyten im Gefäßlumen oder durch Diapedese durch die Gefäßwandungen hindurch. Infolge des Serumaustrittes kommt es zu einem starken Ödem in der ganzen Cutis, besonders aber im Papillarkörper und zu Kontinuitätstrennungen an verschiedenen Stellen der Basalschicht des Epithels; die Zellen des Bindegewebes sind aufgetrieben und färben sich schlecht. Die Leukocytenwanderung hat die Bildung einer großen Menge von Thrombosen zur Folge; außerdem bilden sich in der ganzen Dicke des Bindegewebes, besonders aber unmittelbar unter dem Epithel, an der Grenzlinie zwischen demselben und der Cutis, reichliche Anhäufungen von Leukocyten.

Es braucht wohl nicht besonders betont zu werden, daß diese Veränderungen in den Epithelzellen das Absterben derselben bedingen, und daß die Störungen in der Cutis notwendigerweise die Elimination des nekrotischen Epithelgewebes nach sich ziehen.

Ganz analoge Veränderungen habe ich konstatiert nach der Behandlung von spitzen Kondylomen des Sulcus balano-praeputialis mit 1%iger As_2O_3 in wässeriger Lösung. Ich bemerke ferner, daß die anatomopathologischen Veränderungen bei meinen Experimenten, wenigstens in ihren Grundzügen, keinen Unterschied erkennen lassen mit dem, was man bei den epithelialen Neubildungen beobachtet, die in üblicher Weise äußerlich mit As_2O_3 behandelt werden.

Es bleibt uns noch übrig, die Frage zu berühren, in welcher Beziehung die Leukocyteninfiltration der Cutis zur Nekrose des Epithelgewebes steht. Bekanntlich bildet sich in der Umgebung eines der Nekrose verfallenen Gewebes eine Zone kleinzelliger Infiltration. Es handelt

Digitized by Google

sich also in unserem Falle darum, festzustellen, ob die positive chemotaktische Wirkung der As_2O_3-Lösung zuzuschreiben ist oder aber toxischen Substanzen, die sich bei der Entwicklung nekrotischer Prozesse im Epithel bilden.

Die erste Hypothese findet eine Stütze in einigen Beobachtungen von Besredka. Dieser Autor hat nämlich in einer ersten Serie von Experimenten Arseniktrisulfid in die Peritonealhöhle von Kaninchen gebracht und damit eine reichliche Auswanderung polynukleärer Leukocyten hervorgerufen. Die Leukocyten enthielten Arseniktrisulfid. In einer anderen Serie von Experimenten untersuchte er die Wirkung des As auf das Blut und fand, dafs nicht tödliche Arsenikdosen beim Kaninchen eine ausgesprochene polynukleäre Leukocytose verursachen, und dafs die Leukocyten ebenfalls As enthielten, welches chemisch nachweisbar war. Diese Experimente passen zwar nicht gerade vollständig zu meinem Falle, doch zeigen sie einerseits die positive chemotaktische Wirkung des Arseniktrisulfids und anderseits die Wirkung des As_2O_3 auf die Blutbildung im allgemeinen.

Des weiteren stellte ich folgende Experimente an: ich nahm kapillare Glascylinder, füllte sie mit verschiedenen wässerigen As_2O_3-Lösungen von bestimmter Konzentration, lötete sie an beiden Enden zu, sterilisierte sie bei 120° im Autoklaven während 40 Minuten. Jedes dieser kapillaren Röhrchen führte ich in eine aseptisch angelegte Öffnung im Unterhautzellgewebe von Kaninchen, und nach Zwischenräumen von acht bis zehn Tagen, d. h. nach vollständiger Zuheilung der Wunde, brach ich die Röhrchen unter der Haut in der Mitte durch, und nach weiteren 24 Stunden entfernte ich die Bruchteile der Röhrchen und untersuchte sie bei schwacher Vergröfserung unter dem Mikroskop. Verfährt man in dieser Weise, so müssen sich die Leukocyten, wenn die in den Röhrchen enthaltene Flüssigkeit positive chemotaktische Eigenschaften besitzt, dem offenen Ende des Röhrchens zuwenden. Diese letzteren bleiben dagegen frei von Leukocyten, wenn die Lösung negative chemotaktische Wirkung hat.

Kaninchen	Konzentration der As-Lösung	Zeitpunkt der Öffnung der Röhrchen	Resultat
Nr. 1	1 : 500	24 Stunden	Sehr reichliche chemotaktische Wirkung
„ 2	1 : 1000	24 „	„ „ „ „
„ 3	1 : 1500	24 „	Reichliche „ „
„ 4	1 : 2000	24 „	„ „ „
„ 5	1 : 3000	24 „	Spärliche „ „
„ 6	1 : 5000	24 „	„ „ „
„ 7	1 : 10000	24 „	Sehr spärliche „ „
„ 8	1 : 15000	24 „	Beinahe fehlende „ „
„ 9	1 : 20000	24 „	Vollständig fehlende „ „

Die Resultate meiner Experimente sind in der vorstehenden Tabelle zusammengestellt.

Aus diesen Experimenten geht hervor, dafs die wässerige As_2O_3-Lösung bis zu einer Konzentration von 1 : 15000 den polynukleären Leukocyten gegenüber positive chemotaktische Kraft besitzt. Abgesehen vom nekrotischen Prozesse im Epithel, wirkt also die As_2O_3 positiv chemotaktisch auf die mehrkernigen Leukocyten, welche auf der beträchtlichen Anziehung weifser Blutkörperchen beruht; diese Anziehung würde sich aber aus der einfachen Epithelnekrose nicht erklären lassen. Wenn nun aber zweifellos dieser Andrang von weifsen Blutkörperchen zu einer Alteration der Epithelzellen beiträgt, so darf man noch nicht annehmen, dafs er die direkte Ursache dieser Alteration bildet. Diese letztere mufs offenbar in der Toxizität selbst des As_2 gesucht werden, welcher direkt mit dem Epithel in Kontakt kommt. Es ist nämlich erwiesen, dafs 1. in den Geweben, welche noch nicht schwer und in ihrer ganzen Ausdehnung betroffen sind, die Zellläsionen in dem Grade an Intensität abnehmen, als man von den oberflächlicheren nach den tieferen Schichten vorrückt.

2. Dafs auch da Epithelveränderungen bestehen, wo sich die positive chemotaktische Wirkung noch nicht oder nur in schwachem Grade entfaltet hat.

3. Während die Epithelläsionen genau auf die Bezirke beschränkt bleiben, welche in direkte Berührung mit dem As_2O_3 gekommen sind, macht sich die Chemotaxis in der Cutis auch im benachbarten Gewebe fühlbar, ohne dafs das entsprechende Deckepithel anatomische Veränderungen nachzuweisen wären.

Die Alterationen des Epithelgewebes sind somit nicht eine sekundäre, durch die chemotaktische Wirkung des As_2O_3 auf die Cutis ausgeübte Erscheinung, sondern sie werden primär durch diese Substanz bedingt.

Blicken wir nun auf die obigen Auseinandersetzungen zurück, so finden wir, dafs ein jedes unserer Experimente den Faktor einer Summe darstellt, die als Gesamtresultat das Absterben und die Elimination des Epithelgewebes hat.

Damit also das As_2O_3 in wässeriger Lösung auf das Epithel der Haut seine nekrotische Wirkung entfalten könne, ist es notwendig:

1. dafs die Zellen lebend seien;
2. dafs die Lösung mindestens eine Konzentration von 1 : 150 habe;
3. dafs vom Augenblicke an, wo diese Lösung aufgetragen worden, ein Zeitraum von mindestens drei bis vier Stunden verstrichen sei.

Bestehen diese drei Bedingungen gleichzeitig, so entwickeln sich im Epithelgewebe und in der Cutis zwei ihrer Natur nach vollständig verschiedene Prozesse. Der erstere derselben wirkt auf das Epithel in direkter

Digitized by Google

Weise, ist toxischer Natur und besteht in einem reaktiven Prozesse in den vitalen Erscheinungen der Zellen, der zum Absterben der letzteren führt. Der andere wirkt in sekundärer Art: er verursacht eine Thrombose in den Gefäfsen, führt zu einem reichlichen Austritt von Leukocyten und Serum und infolgedessen zu schweren Störungen des normalen anatomischen und physiologischen Gleichgewichts zwischen Cutis und Epidermis. Wir haben demnach einerseits Absterben eines Gewebes, anderseits Erscheinungen, welche die Elimination dieses nekrotischen Gewebes begünstigen; das Resultat dieser beiden verschiedenen Kräfte ist der Abfall des epithelialen Gewebes.

Die kaustische Wirkung des As_2O_3 ist somit verschieden von derjenigen der gewöhnlichen Kausticis. Ein Tropfen Schwefelsäure auf die unversehrte Haut gebracht, gleichviel ob dieselbe lebend oder tot sei, bewirkt sofort eine Zerstörung sämtlicher Gewebe von der Oberfläche nach der Tiefe zu, bis ihre Kraft erlöscht. Das As_2O_3 dagegen zerstört ausschliefslich das Epithelgewebe, und die Veränderungen in der Cutis sind derart, dafs sie nach der Restitutio ad integrum des Gewebes verschwinden, sobald die Wirkung des As_2O_3 aufhört.

Damit will ich aber noch nicht behaupten, dafs das As_2O_3 eine elektive Wirkung auf die Zellen des Epithels ausübe. Es greift jedes Protoplasma an, unabhängig von seiner Differenzierung. Bei der Beschreibung des histologischen Befundes habe ich denn auch hervorgehoben, dafs in der Cutis neben den chemotaktischen Erscheinungen die Degeneration und das Absterben zahlreicher Bindegewebszellen konstatiert wird. Die Ursache dieser verschiedenen Wirkung des As_2O_3 auf das Epithel- und das Cutisgewebe mufs in den anatomischen Beziehungen der beiden Gewebe zueinander gesucht werden. Vorausgesetzt, dafs das As_2O_3 in eminenter Weise ein Protoplasmagift ist, ist es leicht verständlich, dafs es im Epithelgewebe die günstigsten Bedingungen zur Entfaltung seiner Wirkung findet, sei es nun wegen des Reichtums der Elemente an Protoplasma, sei es wegen der langsamen Zirkulation des Lymphstromes, welche dem As_2O_3 erlaubt, längere Zeit mit den Zellen in Berührung zu bleiben. In der Cutis dagegen liegen die Verhältnisse anders, indem dort die Bindegewebszellen weniger reich an Protoplasma sind als im Epithel. Die As_2O_3-Lösungen werden viel rascher verdünnt und vom Lymph- und Blutstrome schneller fortgeschwemmt. Es folgt daraus, dafs das As_2O_3 keine so intensive Wirkung auf das Protoplasma entfalten kann wie auf die Bindegewebszellen des Papillarkörpers, weil sie sich in unmittelbarer Nähe des Epithels befinden. Etwas Analoges, wie für den As in seinen Beziehungen zur Haut, wurde von Gardella bei der Karbolsäure in ihrer Wirkung auf den Geschmack beobachtet.

Diese Eigenschaften der As_2O_3 waren längst bekannt, bevor sie ihre

wissenschaftliche Bestätigung fanden; die Klinik hatte diese Substanz bei der Behandlung der Epitheliome der Haut verwendet, in welchen Fällen die Wirkung des As_2O_3 durch die geringere Resistenzfähigkeit des pathologischen Gewebes unterstützt wird. Der Vernarbungsprozefs erfolgt ohne Deformation an Ort und Stelle, indem das Bindegewebe, das der Neubildung als Stütze dient, einen nur ganz geringfügigen Substanzverlust erleidet, wegen seines Reichtums an Gefäfse. Wird die Zirkulation in den Blut- und Lymphgefäfsen beeinträchtigt, so kommt es im Bindegewebe zu denselben Störungen wie im Epithel.

Das As_2O_3 kann somit auch bei Neubildungen mit Vorteil angewendet werden, welche vom Bindegewebe abstammen. Truneček hat hierfür den Beweis auf dem klinischen Gebiete geliefert, indem er die Nekrose und Eliminierung eines sarkomatösen Knotens der Hand erzielte, den er durch Einführung von As_2O_3 in die Dicke des Gewebes behandelt hatte.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Literatur.

Cerny e Truneček, Guérison radicale du cancer épithélial. *Sem. méd.* Paris 1897. p. 164.

— Des formes de cancer justiciables des applications arsenicales. *Sem. méd.* Paris 1899. p. 97.

C. Truneček, Die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Arsenverbindungen. *Wien. med. Wochenschr.* 1901. Nr. 19—21.

Binz, Vorlesungen über Pharmakologie. 2. Aufl. S. 418.

Schulz, Worauf begründet sich die therapeutische Bedeutung des Arsens bei Erkrankungen der Haut? *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. Bd. 1. S. 7.

Gautier, Role de l'arsenic dans l'economie. *Comptes rend. de l'Acad. d. Scienc.* 1900.

— Sur l'existence normale de l'arsenic chez les animaux, et sa localisation dans certains organes. *Comptes rend. de l'Acad. d. Scienc.* 1900.

— Localisation de l'arsenic normal dans quelques organes des animaux et des plantes: Ses origines. *Comptes rend. de l'Acad. d. Scienc.* 1902.

Bertrand, Sur l'existence de l'arsenic dans la série animale. *Compt. rend. de l'Acad. d. Scienc.* 10. Nov. 1902.

— Sur l'existence de l'arsenic dans l'organisme. 15. Dez. 1902.

— Nouvelles recherches sur l'arsenic de l'organisme. *Ann. de l'Inst. Pasteur.* Jan. 1903. Nr. 1.

Gosio, Ricerche sulla biologia e sul chimismo delle arseniomuffe. *Il Policlinico. Sez. medica.* 1900. p. 457.

Vogel, La peau intacte est-elle permeable pour l'arsenic. *Arch. de pharmacodynamie.* T. V. p. 217.

Mibelli, Sulla cura dell'epitelioma cutanes con la miscela arsenicale dei dottori Cerny-Truneček. *Giorn. ital. mal. ven. e pelle.* 1898. Nr. 5.

— La cura caustica arsenicale nell'epitelioma cutanea. Relazione al V Congresso Intern. dermat. in Berlino. Settembre 1904. *Giorn. ital. mal. ven. e pelle.* Déc. 1904.

Unna, Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten. Berlin 1899. Herausg. von Urban & Schwarzenberg. S. 820 u. 834.
Besredka, Du role des leucocytes dans l'intoxication par une combinaison sulfurée d'arsenic. Premièr mémoire. *Ann. de l'Inst. Pasteur.* 1899. p. 49.
— Du role des leucocytes dans l'intoxication par un composé arsenical soluble. Deuxième memoire. *Ann. de l'Inst. Pasteur.* 1899. p. 209.
— Du role des leucocytes dans l'immunisation contre l'As^2O^3 soluble. Troisième memoire. *Ann. de l'Inst. Pasteur.* 1899. p. 465.

Aus der Praxis.

Über die Behandlung der Krätze.

Von

Dr. Menahem Hodara-Konstantinopel.

In den letzten beiden Jahren trat die Krätze hier in Konstantinopel in Form einer Epidemie auf. Ich benutzte diese Gelegenheit, um die verschiedenen, meistempfohlenen Mittel durchzuprobieren und blieb schliefslich bei folgender Salbe stehen, mit der während einer Woche jeden Abend der ganze Körper eingerieben werden mufs:

Axung. porci
Ol. oliv. āā 100,0
Sulf.
Naphtol β
Bals. peruv.
Cret. praepar. āā 20,0
Essence de Violette als aromatischer Zusatz.

Das Gefühl von Brennen, das zuweilen nach Anwendung dieser Salbe an einzelnen empfindlichen Hautstellen entsteht, wird durch Aufpinseln von Olivenöl leicht beseitigt

Seifenbäder sind während der Behandlung zu verbieten, denn sie reizen meistens die Haut und vermehren das Brennen. Erst nach Schlufs der Behandlung, wenn jede entzündliche Reizung geschwunden ist, darf wieder gebadet werden.

Die Salbe kann auch bei kleinen Kindern verwandt werden, mufs dann aber, je nach dem Alter, mit 100,0—200,0 Ol. oliv. verdünnt werden.

Besteht neben der Scabies auch noch Impetigo, Ecthyma, Folliculitis oder starke ekzematöse Reizung, so kommt folgende Salbe zur Verwendung:

Vaselin.	5,0
Lanolin.	15,0
Glycerin.	5,0
Sulf.	5,0
Sacch.	10,0
Zinc. oxyd.	10,0
Menthol.	0,1.

Mit dieser Salbe werden die genannten Komplikationen behandelt, während die nur scabiös erkrankten Hautstellen gleichzeitig mit der Krätzesalbe eingerieben werden.

Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 1.

Über hereditär-syphilitische Herderkrankungen bei Kindern und die Verbreitung der protozoischen Parasiten in denselben, von Max Schüller-Berlin. Bereits im Jahre 1900 teilte Sch. im *Centralbl. f. Bakteriol.* (Bd. 27 S. 516) mit, dafs er die zuerst im harten Schanker nachgewiesenen protozoenartigen Syphilisparasiten auch bei hereditärer Lues gefunden habe. Seitdem hat er zahlreiche Fälle von Pemphigus, akneartig-pustulösem Exanthem, breiten Kondylomen, Abscessen und Gummiknoten der Haut, des Unterhautbindegewebes, der Muskeln und der Brustdrüsen bei Kindern mit hereditärer Lues, sowie eine grofse Reihe von hereditär-syphilitischen Erkrankungen der Knochen und Gelenke bakteriologisch untersucht und in allen Krankheitsherden die Syphilisparasiten gefunden; nur im Inhalt der Pemphigusblasen waren sie niemals nachzuweisen. Die in den Abscessen, Gummiknoten usw. enthaltenen Parasiten wiesen die verschiedenen Formen und Entwicklungsstufen auf, wie sie von Sch. im Jahre 1902 im *Centralbl. f. Bakteriol.* (Bd. 32) beschrieben und abgebildet worden sind; auch Kulturen konnten, wie früher schon, aus dem Inhalt der Abscesse usw. gewonnen werden. Die neueren Untersuchungen zeigten, dafs die Sporen vielfach in den Zellen um den Kern herum sitzen und augenscheinlich zum Tode der Zelle führen; es bleiben nur einige Protoplasmatrümmer und Fetttröpfchen und ein geschrumpfter oder in Bröckel zerfallener Kern von der Zelle übrig, und schliefslich ergibt sich daraus der fettige Zerfall oder die Verkäsung des Gummiknotens. Die lokalen Rezidive werden durch das Wachstum neuer Parasitenkolonien von den Wandungen des früheren Herdes aus bedingt; in der Nachbarschaft der verkästen Partien geht die Einwanderung und Einwirkung der Parasiten weiter, es entsteht zuerst die charakteristische derb-ödematöse, halbgranulierende Entzündung, der dann der käsige Zerfall oder, zumal bei den jüngeren Kindern, die eitrige, nekrotisierende Zerstörung folgt. Bei den granulierenden, gummösen Prozessen der Knochen kommt es neben der lakunären Einschmelzung des Knochens durch das Granulationsgewebe noch zur Einwanderung oder zum Hineinwachsen kleinster Sporen in feine Gänge oder Spalten und in die Knochenzellräume des sich entkalkenden Knochens und die weiche Knochensubstanz wird in dem Mafse weiter zerstört, in dem sich die Sporen vergröfsern.

Digitized by Google

Über die Ausbreitung der protozoischen Syphilisparasiten in der Synovialis bei hereditär-syphilitischen Gelenkerkrankungen hat SCH. bereits in der oben erwähnten Arbeit vom Jahre 1902 ausführlich berichtet. Neuerdings hat er auch in Synovialispräparaten in gefärbten Schnitten junge Parasiten mit Kernen gefunden, welche im Stadium einer beginnenden Vorbereitung der Chromatinbrocken zu einer Art Mitosenbildung begriffen waren. Daneben sind andere Parasiten mit einer zierlichen rosetten- oder blumendoldenartigen Gruppierung von 10—16 kleinsten, $^1/_3$—$^1/_2$ μ breiten, birn- oder keulenförmigen Elementen zu sehen. Andere Mitosen zeigen dieselben kleinsten Chromosome in einer kranzförmigen Anordnung. Aufserdem kommen Mitosen von traubenähnlichem Aussehen, sowie verschiedene Formen mit unregelmäfsig verstreuten kleinsten Elementen oder unregelmäfsig klumpigen Gruppierungen rudimentärer Mitosen innerhalb des stets anders gefärbten Protoplasmarestes und der Hülle vor. Ferner sieht man öfter an dem Kern der Parasiten eine grobe Körnung in der Umgebung der vergröfserten runden Chromoplasten und, stets einem solchen entsprechend, Einschnürungen. Da daneben analoge, rosettenartige Gruppen von ein wenig breiteren, keulenförmigen Gebilden mit mehr oder weniger deutlicher Chromatinzeichnung gefunden werden, so scheint es, dafs diese Gebilde, die SCH. als Chromatinkörper bezeichnet, durch Abschnürung aus den grobgekörnten Kernen hervorgegangen sind.

Die Chromotinkörper der Syphilisparasiten treten bei entsprechender Färbung stets in den Sporen auf; mit diesen erscheinen sie vielfach frei im Gewebe, öfters aber auch in den grofsen Kernen der endothelartigen Bindegewebszellen der Synovialis. Sie sind meist ovale, oft etwas schräg verzogene oder runde oder birnförmige Ringe von 1—2 μ Durchmesser mit kleinen Chromatinanhäufungen an bestimmten Stellen der Ringe, von welchen ausgehend gewöhnlich drei feine Fädchen zu einer kleinen Chromatinanhäufung in der Mitte des Ringes ziehen. Diese Zeichnung scheint charakteristisch für die Sporen der Syphilisparasiten zu sein; sie findet sich genau ebenso bei den Parasiten der primären Induration. Weiter trifft man aber auch öfter amitotische Teilungsformen der Kerne der Parasiten, sowie noch zusammenhängende Teilungsformen der Sporen und somit auch der Chromatinkörper.

In der Punktionsflüssigkeit hereditär-syphilitischer Gelenke bei Kindern konnte SCH. ausnahmslos die Parasiten in ihren verschiedenen Entwicklungsstufen entweder noch lebend oder abgestorben neben leeren Hülsen nachweisen. Die bakteriologischen Befunde bei hereditär-luetischen Lymphdrüsen waren im wesentlichen die gleichen wie die bei den Abscessen und Gummen. Auffallend war der schwammige Charakter solcher Drüsen bei sehr jungen Kindern, die hereditär syphilitischen Drüsengeschwülste älterer Kinder weisen dagegen eine viel derbere Beschaffenheit auf.

Die gleichen Entwicklungsformen der Syphilisparasiten wie in den Krankheitsherden hereditär-syphilitischer Kinder fand SCH. auch in den Nieren und in der Leber eines Versuchstieres (Kaninchen), dem er ein paar Tropfen einer lebenden, aus einer hereditär-luetischen Lymphdrüse stammenden Kultur in die rechte Niere injiziert hatte; das Tier war neun Monate nach der Infektion verendet. In der Niere sieht man freie Sporen nicht nur in kleinen Gängen und Spalten im Zwischengewebe, sondern aufserordentlich zahlreich verstreut teils in dem Protoplasma der Epithelien der Harnkanälchen, teils mitten im Kerne solcher; hier kann die Spore eine vollständige Weiterentwicklung bis zur kleinen rosetten- oder traubenförmigen Mitose durchmachen. Man hat da augenscheinlich eine Erscheinung der Symbiose von Parasit und Zelle vor sich, wie SCH. sie früher schon bei den Sporen der Carcinom- und Sarkomparasiten beschrieben hat. Die Nierenzellen gehen schliefslich

einzeln und partienweise zugrunde, das Protoplasma zerfällt körnig und im weiteren sterben auch die Parasiten ab, und zwar, wie es scheint, gewöhnlich infolge hyaliner Degeneration. Dann sintert die ganze Partie unter Zusammenziehung des übrigbleibenden Zwischenbindegewebes zusammen, und schliefslich bleiben kleine Herde aus narbigem Bindegewebe übrig, in welchem noch vereinzelte Zellreste der Epithelien und reihenweise angeordnete, hyaline, glänzende, gröbere und kleinere rundliche Körper, die Überreste der Parasiten, eingeschlossen sind. — In der Leber des Versuchstieres sieht man Sporen verstreut teils im Protoplasma, teils innerhalb der Kerne einzelner Leberzellen. Auch hier zerfällt das Protoplasma körnig, später zerfällt auch der Kern und schrumpft schliefslich, zuweilen noch 1—3 geschrumpfte Sporen einschliefsend. Im Protoplasma treten rundliche Lücken auf, in welchen anfänglich noch kleine leere Hüllen der nunmehr abgestorbenen Sporen und jungen Parasiten zu sehen sind, bis schliefslich auch diese ausfallen oder zerstört werden. So entsteht stellenweise ein eigentümliches Wabenwerk aus fachwerkartig ausgehöhlten Leberzellen, welche endlich, wahrscheinlich auch durch das Zwischenbindegewebe, zu Narbenherden zusammengeschnürt werden.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen, insbesondere der Nachweis der charakteristischen Formen der Chromatinkörper in den Sporen bestärken Sch. in seiner Überzeugung, dafs seine Syphilisparasiten tatsächlich die spezifischen Erreger der Syphilis sind. Dafs die Sporen sowohl mit dem Sperma wie mit dem Ovulum übertragen werden können, erscheint bei ihrer Kleinheit sehr wohl möglich. Ob der speziell bei kleinen Kindern fast regelmäfsig zu beobachtende Ausgang der Gummen in Eiterung nur durch die Syphilisparasiten oder durch sekundäre Infektion mit Bakterien bedingt wird, konnte Sch. noch nicht feststellen.

2. **Spontane Involution eines Riesennaevus**, von Ludwig Spitzer-Wien. Sp. fand bei einem 24jährigen Manne an der Innenseite des Oberschenkels etwa 10 cm unterhalb der Leistenbeuge einen handtellergrofsen, blauschwarz pigmentierten, grobwarzigen Naevus, dessen Peripherie ringsum von teilweise oder ganz entfärbten Wärzchen umgeben war; diese wurden nach unten zu immer flacher und verloren sich allmählich im Niveau der Haut, die auf dem ganzen Rest der Innenseite des Oberschenkels hellbraun pigmentiert war. Diese pigmentierte Hautpartie war, wie die Anamnese ergab, bei der Geburt vollständig vom Naevus bedeckt, vom vierten Lebensjahre an hatte das Mal vom unteren Rande her sich zu verkleinern begonnen und ist allmählich von einer Gröfse von 12 : 20,5 cm auf eine Gröfse von 7 : 7 cm zurückgegangen. Das ehemals vom Naevus eingenommene Areal wies ein feines, weifses Narbennetz auf, in dessen Maschen die etwas vertiefte, scheinbar normale, jedoch dunkler pigmentierte Haut lag. Die depigmentierten, rosaroten Papillen entsprachen zweifellos den erhöhten Narbenbalken, während die vertieften Maschen mit den Teilen zwischen den Papillen korrespondierten. In dem noch vorhandenen Rest von Naevus waren zahlreiche Papillen nekrotisch und lagen als trockene, harte Gebilde zwischen den unveränderten Wärzchen; sie liefsen sich ohne Mühe mit dem Nagel herausheben. Im Verlaufe einer viermonatlichen Beobachtung konnte Sp. eine weitere Rückbildung am unteren und äufseren Rande um 1/2 cm konstatieren. — Die spontane Involution eines so grofsen Naevus ist bisher wohl noch nicht beobachtet worden.

3. **Rotationsinstrumente. Ein neues technisches Verfahren in der dermatologischen Kleinchirurgie**, von Kromayer-Berlin. Kr. hat sich nach dem Muster der von den Zahnärzten gebrauchten bekannten „Zirkuliermesser“ oder „Bohrer“, die durch einen Motor oder eine Tretmaschine in rotierende Bewegung versetzt werden, Rotationsinstrumente anfertigen lassen, die er seit sechs Jahren vielfach in der

Digitized by Google

dermatologischen Kleinchirurgie anwendet. Es sind drei Arten von Instrumenten: 1. das „Zirkulier"- oder besser „Cylindermesser", dessen schneidender Teil der Rand eines geraden Hohlcylinders ist; 2. das „Scheiben"- oder „Kreismesser", dessen schneidender Teil der Rand einer kreisrunden Scheibe ist; 3. der „Bohrer" oder die „Fräse", deren gewundene Schneiden oder Zähne mehr oder weniger schräg zur Rotationsachse stehen, so dafs sie nicht schneiden, sondern schaben.

Mit dem Cylindermesser lassen sich bestimmt grofse und tiefe Ausschnitte aus der Haut ausschneiden oder ausstanzen, ein Verfahren, dafs sich für die Entfernung kleinerer Neubildungen wie Warzen, Naevi usw., sowie für die Entnahme von Haut zum Zwecke histologischer Untersuchung eignet. Aufserdem kann man mit dem Zylindermesser breit aufsitzende Papillome, systematisierte Naevi sehr bequem und exakt abschälen. Cylindermesser, deren Durchmesser nur 1 mm bis 0,7 mm beträgt, die sog. Kleincylindermesser, stanzen Hautstücke von so kleinem Durchmesser aus, dafs bei der Heilung der Wunden keine sichtbaren Narben entstehen; sie dienen zur Entfernung von Haaren, festsitzenden Komedonen, Milien, zur Eröffnung kleiner Abscesse (Aknepusteln, Follikulitiden), aufserdem werden sie angewendet, um die Resorption pathologischer Produkte, hartnäckiger Syphilide usw, anzuregen. — Mit dem Kreismesser lassen sich bei Verwendung eines entsprechenden Schutzblechs Epidermisstückchen, die mit dem Cylindermesser ausgestanzt sind, aber noch mit der Cutis zusammenhängen, in dünnster Schicht, ohne Verletzung der Cutis abtragen; man kann so kleine Geschwülste, Warzen, Naevi, Pigmentflecken (Sommersprossen) entfernen, ohne dafs Narben zurückbleiben. — Die Fräsen oder Bohrer endlich leisten vorzügliche Dienste zur Beseitigung von Hyperkeratosen; die zu bearbeitende Hornschicht mufs während der Anwendung der Fräse durch Aufträufeln von Kalilauge erweicht werden.

Kr. hat sich für die mit den Rotationsinstrumenten vorzunehmenden Operationen, die zumeist das Gesicht betreffen, einen eigenen Operationsstuhl anfertigen lassen, dessen Sitz um 20 cm erhöht werden kann, der eine weite Zurücklagerung des Patienten nach hinten ermöglicht und einen nach allen Richtungen verstellbaren Kopfhalter, sowie eine Armstütze für den rechten Vorderarm des Operateurs besitzt. Den Stuhl liefert das Medizinische Warenhaus in Berlin, die Instrumente J. Schmehl, Dentaldepot in Berlin.

Örtliche Narkose ist bei den kleinen Operationen fast nie notwendig; bei sehr empfindlichen Personen kann man die Schleichsche Infiltrationsanästhesie oder, wenn es sich um ein ausgedehnteres Operationsfeld handelt, das Gefrierverfahren mittels Äthylchlorid anwenden. — Eine Nachbehandlung der Wunden ist nicht nötig: sie bedecken sich mit einer kleinen Kruste und heilen unter dieser sehr rasch. In Fällen, in denen die Blutung nicht gleich steht, betupft man die Wunden mit Watte, die sich auf der Wundoberfläche festsaugt und alsbald eintrocknet.

4. **Über Eukalyptusdermatitiden,** von Galewsky-Dresden. Dermatitiden, die durch Applikation von Eukalyptusöl hervorgerufen sind, kommen wahrscheinlich gar nicht selten vor; G. selbst hat erst vor kurzem wieder eine kleinpapulöse, stark juckende Dermatitis gesehen, die vier Tage nach einer Einreibung mit Eukalyptusöl entstanden war. Aufserdem aber beobachtete G. bei einer Dame an den von der Kleidung unbedeckten Körperstellen, sowie auf der Brust und am Nacken eine erythematös-urtikarielle, stark juckende Dermatitis, die durch den Aufenthalt der Patientin in einem mit Eukalyptussträuchern dekorierten Zimmer verursacht war. Das Dienstmädchen der Kranken bekam eine halbe Stunde, nachdem sie sich mit den Sträuchern die Haut eingerieben hatte, denselben Ausschlag. In beiden Fällen trat die Heilung recht langsam ein.

Digitized by Google

5. **Über Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und Schleimhaut durch hochfrequente Funkenentladungen,** von H. Strebel-München. Nach einigen Bemerkungen persönlichen Inhalts, veranlafst durch eine Arbeit Suchiers, in der die Behandlung des vorher kurettierten Lupus mit den Funkenentladungen einer Influenzmaschine empfohlen wird (*Wien. Klinik* 1904), wiederholt Str. in extenso die in der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1904, Nr. 2 veröffentlichte Beschreibung seiner Lupusbehandlung mit hochfrequenten Funkenentladungen. Seit dem Erscheinen dieser ersten Mitteilung hat Str. zahlreiche Fälle von Lupus, Naevus planus, Epitheliom usw. auf diese Weise behandelt, die Methode hat sich stets glänzend bewährt. Namentlich bei Schleimhautlupus ist sie jedem anderen Verfahren überlegen, und bei Lupus der Haut stehen die durch sie erzielten Erfolge denen der Lichtbehandlung bezüglich des kosmetischen Effektes nahe, übertreffen sie aber hinsichtlich der Raschheit der Heilung. Str. wendet das Verfahren für sich allein oder in Kombination mit der Lichttherapie an; die Dauer der letzteren wird dadurch oft wesentlich abgekürzt. Mit Vorliebe bedient sich Str. der Funkenbehandlung bei Rezidiven oder hartnäckigen Knoten, die nach und trotz Lichttherapie auftraten. Zur Illustrierung der Wirkung fügt er einige Abbildungen geheilter Fälle bei.

6. **Oleum cinereum Vasenoli,** von P. Thimm-Leipzig. Th. hat in Bd. XI Nr. 1 der *Dermat. Zeitschr.* als Vehikel für Injektionsflüssigkeiten das Vasenolum liquidum empfohlen, das absolut neutral ist, niemals ranzig wird, durch Kochen im Wasserbad sterilisiert werden kann und mit unlöslichen Hg-Salzen ausgezeichnete, durchaus homogene Suspensionen gibt, die vom Organismus sehr gut vertragen werden. Zur Bereitung eines grauen Öls ist dieses Vasenolum liquidum als Vehikel für sich allein nicht brauchbar, weil in ihm das Metall schnell wieder gröfsere Tropfen bildet. Dagegen läfst sich mit einem Gemisch von flüssigem und festem Vasenol, das bei 20—25° C. leicht und vollkommen flüssig wird, ein Oleum cinereum herstellen, das allen Anforderungen genügt. Das Oleum cinereum Vasenoli hat bei Zimmertemperatur butterartige Konsistenz, wird bei kurzem Erwärmen in einem Gefäfs mit warmem Wasser flüssig und stellt nach einigem Umschütteln ein vollkommen gleichmäfsiges, homogenes, dünnflüssiges Öl dar. — Th. hat nun 30%iges Oleum cinereum Vasenoli in einer Dosis von 0,1 cm^3 (= 0,0369 g Hg) genau nach den Vorschriften, die Lang für die Injektionen von Oleum cinereum gibt, eingespritzt und niemals irgendwelche erheblichere Übelstände nach diesen Injektionen beobachtet. Wenn sich die bisherigen allerdings noch spärlichen Erfahrungen bestätigen, so verursacht das Präparat an der Injektionsstelle weniger Beschwerden und Reizerscheinungen als irgendein lösliches oder unlösliches Hg-Salz.

Götz-München.

Monatsberichte für Urologie.

1905. Band X, Heft 1.

Untersuchungen über die Ätiologie der Cystitis, von Desider Ráskai, Operateur, Budapest. (Aus dem Laboratorium des II. pathologisch-anatomischen Instituts der königl. ungar. Universität zu Budapest. Vorstand: Prof. Otto Pertik.) Die Untersuchungen des Verfassers betrafen die Rolle, welche das Bacterium coli, sowie die übrigen gefundenen Bakterien als Erreger der Cystitis spielen, ferner die Wirkungsweise derselben und die Bestimmung des Infektionsweges. Mit Ausnahme eines einzigen, speziell angeführten Falles allgemeiner Harninfektion bilden den Gegenstand dieser Publikation nebst drei Fällen wahrer Bakteriurie nur reine, unkomplizierte Cystitisfälle, im ganzen 61 Fälle. Die Diagnose wurde nach Möglichkeit cystoskopisch kontrolliert und unter allen aseptischen Kautelen (dreimalige Ausspülung der Harn-

Digitized by Google

röhre mit sterilem Wasser, dann nochmals mit 2%iger Resorcinlösung, peinliche Desinfektion der Katheter) der Harn entnommen. Die erste Stelle nimmt das Bacterium coli resp. die zu dieser Gruppe gehörenden Kokken ein, als deren Charakteristikum reichliche Gasbildung auf Kartoffeln, konstante Nichtfärbbarkeit nach Gram, Nichtverflüssigung der Gelatine anzusehen sind. Entsprechend diesem Vorwiegen der Colicystitis war die Zahl der sauer reagierenden Fälle eine die alkalischen weit überragende (36 : 21). Als direkten Erreger des Blasenkatarrhs kann aber R. dieses Bakterium nicht ansehen, ohne sich übrigens auf den beinahe völlig negierenden Standpunkt Rovsings zu stellen, sondern er glaubt, daſs es nur mit Hinzutreten gewisser Hilfsmomente, die eine Prädisposition der Blase verursachen, wie Trauma oder Retention, die Entzündung hervorruft. In dem gröſsten Teile seiner bezüglichen Fälle war es vorausgegangene Katheterisation, welche so häufig die verhängnisvolle Rolle des traumatischen Momentes spielte. Daſs unter Umständen das Darmepithel bei geringfügigen Verletzungen infolge einfacher Koprostase für Bakterien durchgängig werden könne, hält Ráskai für erwiesen, und ebenso begreiflich, daſs in unmittelbarer Nähe des Darms sich abspielende Prozesse dasselbe bewirken können; ein groſser Teil der Bakteriurien komme daher durch Auswandern der Bakterien durch das Gewebe der Prostata oder durch Zurückflieſsen von Prostatasekret in die Blase auch dann zustande, wenn eine Krankheit der Prostata nicht nachgewiesen werden könne. Im groſsen und ganzen fand R., daſs sowohl in seinen wie auch in den in der Literatur beschriebenen Fällen das Bacterium coli meist nicht bei den akuten, mit fulminanten Erscheinungen einhergehenden Cystitiden sich vorfand, sondern weit eher in den Fällen, welche schleichend beginnen, nur einen mittelmäſsigen Grad erreichen oder auf demselben längere Zeit verweilen. Als weitere wahrscheinliche Krankheitserreger für Cystitis fand R. viermal Proteus vulgaris, und zwar darunter dreimal in reiner Kultur; alle vier Fälle zeichneten sich durch besondere Intensität aus. Bezüglich der Staphylo- und Streptokokken, welche bei sämtlichen entzündlichen Erkrankungen des Organismus eine wichtige Rolle spielen, hält es Verfasser für wahrscheinlich, daſs in vielen Fällen von Colicystitis die primäre Infektion doch von den pyogenen Kokken ausging. In einem weiteren Falle von schwerer Harninfektion, der auch tödlich endete, erschien als Krankheitserreger der Diplococcus Friedländer, ein sehr seltener Befund, der nur wenige gleiche in der Literatur aufweist. Auf Grund dieser Untersuchungen hält es Verfasser für zweifellos, daſs die verschiedensten, Entzündung erregenden Bakterien imstande sind, unter Umständen, die ihre Mitwirkung ermöglichen oder befördern, Cystitis hervorzurufen; wahrscheinlich ist auch, daſs in einer ganzen Reihe von Cystitisfällen nicht die Bakterien selbst, sondern vielmehr die durch dieselben produzierten Toxine die Krankheitserscheinungen verursachen — dadurch käme auch, wie Verfasser schlieſst, wieder der chemische Begriff der Infektionskrankheiten (Giftwirkung der Bakterien, zymotische Gärungen) zu seinem relativen Rechte.

Der Einfluſs des Gonosans in der Behandlung der Blennorrhoe, von Melun-Bukarest. Den günstigen anderweitigen Publikationen über die zuverlässige Wirkung des Gonosans schlieſst sich auch M. an und bringt als Beleg für dieselbe vier besonders charakteristische Fälle. Es kann zur Unterstützung der Lokalbehandlung dienen, indem es die Heilung in wirksamer Weise begünstigt und beschleunigt, und als inneres Antiblennorrhoikum für sich allein verwandt werden, und zwar 1. bei Blennorrhoe der vorderen Harnröhre mit heftigen Erscheinungen, wie Schwellung der Vorhaut, Klaffen der Mündung der Harnröhre, Entzündung der Lymphgefäſse, bei blutigem Ausfluſs u. dergl. mehr; 2. bei der akut einsetzenden Entzündung der hinteren Harnröhre, des Blasenhalses und der Blase; 3. bei den akuten Entzündungen der

Vorsteherdrüse, der Samenbläschen, des Samenstranges und Nebenhodens; 4. in allen Fällen, wo eine lokale Behandlung nicht vertragen oder nicht durchgeführt werden kann, z. B. bei grofser Ungeschicktheit des Patienten, bei Neurasthenikern, Frauen usw. In den Vordergrund tritt die schmerzstillende Wirkung des Gonosans; es kann auch im Gegensatz zum Sandelöl lange genommen werden, ohne irgendwelche Beschwerden hervorzurufen. Aufführung der schon ziemlich reichlichen Literatur über Gonosan.

Stern-München.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. II, Heft 1.

Über die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt, von G. Brendel-Bad Kreuznach. Verfasser gibt eine Übersicht der wichtigsten Publikationen auf diesem Gebiete unter Berücksichtigung der Therapie in erster Linie. Wer sich mit dem Gegenstand spezialistisch beschäftigt hat, wird kaum etwas Neues finden.

Über Massage der Prostata und der Samenblasen, von A. Hennig-Königsberg. Die erst seit Anfang der 90er Jahre allgemeiner ausgeübte Massage der Prostata und der Samenblasen steht fast in Gefahr, in übertriebener Weise angewandt zu werden. Abgesehen von diagnostischen Zwecken dient sie zur Bekämpfung der glandulären Kongestion, zur direkten mechanischen Entleerung der Drüsenräume, wie der Ausführungsgänge und somit zur Wiederherstellung der normalen Funktion der Drüse. Auch bezweckt man damit eine Kräftigung der Nerven der Drüse selbst, sowie der benachbarten Organe. In bezug auf die Technik mufs die erste Regel lauten: gröfste Schonung und sorgfältige Beachtung aller etwaigen Kontraindikationen. Im allgemeinen findet H. die Steinschnittlage dabei die geeignetste; doch kann in manchen Fällen die Bauchlage, die Knieellenbogen- oder Seitenlage zweckmäfsig sein. Man stützt den Fufs auf einen Stuhl und den Ellenbogen des massierenden Fingers auf das Knie. Einen Fingerüberzug zu verwenden findet H. hinderlich. (Fortsetzung folgt.)

Über die Anwendung der Silberpräparate (speziell der modernen) bei der Blennorrhoe, von R. Loeb-Cöln a. Rh. Verfasser erkennt diese Mittel allerdings als eine zweifellose Bereicherung des Arzneischatzes an und möchte dieselben nicht entbehren müssen. Namentlich ist mit denselben eine Prophylaxe des Leidens eingeführt worden, welche, nach den bisherigen Publikationen zu urteilen, von ausgedehnterem Nutzen zu sein verspricht. Trotzdem ist nach L. das Argentum nitricum dasjenige Mittel, auf welches er den gröfsten Wert legt. Prophylaktisch hat er es mit Cocain. nitricum (2 %) verordnet und unter 33 Fällen nur einmal einen Mifserfolg gesehen. Namentlich aber in späten Stadien und bei Cystitis findet er, dafs die Guyonsche Instillation oder Injektionen von 0,03—0,1 : 200 oft Wunder wirken. Überhaupt empfiehlt er, neben den modernen Mitteln doch ja die alte Therapie, welche mehr leistete als man ihr heutzutage gewöhnlich zuschreibt, nicht zu vergessen.

Bemerkungen über blennorrhoische Arthritis, von Schuster-Aachen. In der Privatpraxis ist die Polyarthritis nach Gonokokkeninfektion häufiger als in der Krankenhauspraxis, bei der man meist nur das Knie befallen findet. Für eine allgemeine Infektion des Körpers mit dem Gonococcus hat S. den Namen „Gonorrhoismus“ gebildet. Die von anderer Seite vorgeschlagene Bezeichnung „Neisserose“ weist er entschieden zurück. Bemerkenswert ist die von ihm gelegentlich, wenn auch sehr selten konstatierte Iritis blennorrhoica. Die Hauptgefahr der Arthritis bei diesen Fällen ist die oft unheilvolle knöcherne Ankylose der Gelenke. Befallensein der Wirbelsäule hat S. in fünf Fällen gesehen. Unheilbar ist diese Komplikation nicht,

Digitized by Google

wenn auch äufserst hartnäckig. Die Behandlung besteht bei den akuteren Zuständen in der Anwendung bald von Eis, bald von heifsen Umschlägen, Heifsluftapparat, bei Ruhigstellung des Gelenkes und Verabreichung von Salicylpräparaten. Bei starkem Hydrops punktiert man und spült mit 3%iger Karbollösung nach. Bei chronischen Fällen kommen Biersche Stauung, sowie Vollbäder von 35° bis 40° und 42° C., sowie Jodipineinspritzungen (10—20 g des 25%igen Jodipins) etwa alle zwei bis drei Tage zu geben und Einreibungen mit Hg-Salbe täglich angewandt in Betracht.

Zur Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe, von A. Strauss-Barmen. Für die Abortivkur geeignet ist jeder frischer Fall, der bis zum vierten oder fünften Tage nach der Infektion zur Behandlung kommt, sofern das Urinieren nicht schmerzhaft, das Orificium nicht entzündet und der Ausflufs nicht rein eitrig ist. Selbst bei ein- bis zweitägigem Bestehen des Ausflusses kann die Abortivkur gelingen, wenn derselbe arm an Gonokokken ist und keine Anzeichen einer subepithelialen Entzündung bestehen. Letztere erkennt man an der entzündlichen Reizung des Orificiums, Schmerzhaftigkeit der Miktion und der rein eitrigen Beschaffenheit des sehr gonokokkenhaltigen Ausflusses. In solchen Fällen hat die Abortivbehandlung keine Aussicht auf Erfolg. Die Technik der Behandlung ist folgende: Nach Urinentleerung wird ein Guyonscher Knopfkatheter (Charnière 14) bis zum Bulbus eingeführt und, während der Patient die Harnröhre komprimiert, 1—2 ccm einer 10%igen Protargollösung, der 4% Antipyrin zugesetzt ist, unter langsamem Hervorziehen des Katheters eingespritzt. Der Rest wird in der Fossa navicularis zur Bespülung des Orificiums deponiert. Der Kranke hält die Lösung fünf Minuten lang zurück, läfst sie dann ausfliefsen, worauf die Prozedur noch einmal wiederholt wird. Zu Hause macht Patient dreimal täglich eine Injektion mit einer Protargol- (1%) und Antipyrin- (2%) lösung, welche auch fünf Minuten lang zurückgehalten wird. Daneben wird strenge Diät beobachtet und Sandelöl genommen. Nachdem diese Behandlung drei Tage lang fortgesetzt ist, wird sie abgebrochen und der Erfolg abgewartet. In mifslungenen Fällen sieht man am zweiten und dritten Tage noch Gonokokken im Ausflufs, und die Einspritzungen sowie das Urinieren bleiben schmerzhaft.

Keratosis der Harnröhre, von K. Joosz-München. Diese Affektion ist von Oberländer unter der Bezeichnung Pachydermie beschrieben worden. J. hält diesen Namen nicht für korrekt, weil es sich um eine Verhornung im wesentlichen der obersten Epithelschichte handelt, und die unteren Schichten nebst Submucosa sehr wohl verschont bleiben können. Nach einer recht anschaulichen Beschreibung der klinischen Erscheinungen und des endoskopischen Bildes berichtet Verfasser über drei Fälle, bei denen die Wucherung ein resp. ein halbes Jahr lang aller Behandlung trotzte, bis er mit einem eigens von ihm für diese Harnröhrenbehandlung konstruierten scharfen Löffel eine ausgedehnte Abschabung vornahm. Letzterer ist mit einer Vorrichtung versehen, um gedeckt eingeführt zu werden. Nach vorheriger Injektion von Kokain (2%) und Suprarenin (1%) und genauer Orientierung im Endoskop ist ein Nachteil bei diesem Eingriff nicht zu befürchten.

Zur Naturgeschichte der Onanie, von J. Marcuse-Mannheim. Als die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ihre erste Sitzung abhielt, legte sich M. die Frage vor, ob wohl durch Beschränkung des geschlechtlichen Verkehrs eine gröfsere Zunahme der Onanie herbeigeführt werden würde. Um hierüber sich einige Klarheit zu verschaffen, stellte er bei allen seinen neurasthenisch erkrankten Patienten sowie bei Geschlechtskranken Nachforschungen an. Unter 210 Fällen wurde 196 mal (93,3%) mit ja geantwortet. Nur 14 Patienten verneinten oder gaben ausweichende Antworten. Von diesen 210 Patienten gehörten 128 der arbeitenden und 82 der besser situierten Klasse an. Als nachteilige Wirkungen werden beschuldigt

Digitized by Google

Schmerzen im Kreuz, Perineum der Urethra, ferner Spermatorrhoe (vier Fälle), Kopfweh usw. Als Zeitpunkt, in welchem mit dieser Verirrung begonnen wurde, wurde bezeichnet die ganze Periode von den letzten Schuljahren, dem Lehrlingsalter bis zum 20. und 25. Lebensjahr. Auf die Möglichkeit, diese im Grunde durch physiologische Vorgänge herbeigeführte Gefühlserregung radikal zu unterdrücken, ist wohl kaum zu hoffen.

Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe mittels Albargin, von G. Schourp-Danzig. Bei 16 Fällen hat S. mit gutem Erfolg in frischen Fällen (drei bis fünf Tage nach Infektion) folgendes Verfahren angewandt: nach Reinigung der Urethra mittels einer schwachen Albarginlösung (2 : 1000) wird eine 3 %ige Lösung eingespritzt und acht bis zehn Minuten in der Harnröhre belassen. Etwaige Schmerzen werden durch kühle Umschläge auf den Penis meist prompt beseitigt. Die Einspritzung wird am folgenden Tage wiederholt. Alsdann nimmt Patient zu Hause abwechselnd zweimal täglich eine Injektion von Albargin (0,3 : 100 bis 200) und von Injectio composita Form. mag. vor. Heilung erfolgte durchschnittlich in 16 Tagen vollständig.

Abolitionismus und Hygiene, von P. Meissner - Berlin. Nach einigen Bemerkungen zur Geschichte der Prostitution setzt Verfasser in längerer Rede auseinander, dafs die Bestrebungen der Abolitionisten für absehbare Zeit absolut unerreichbar sind und nur dazu führen können, für die viel eher erreichbaren Ziele der Sanierung der Prostituierten die Verwirklichung zu erschweren.

Ein Beitrag zur Syphilistherapie, von E. Orlipski-Halberstadt. Als zweckmäfsige Modifikation der Hg - Injektionstherapie empfiehlt O., die Zahl der Einspritzungen zu vermehren unter gleichzeitiger Verminderung der Einzeldosis auf $^1/_4$ oder nur $^1/_6$ Spritze (die Spritze zu 1 ccm gerechnet). Er verwendet Hg salicylicum (1,0) im Paraffinum liquidum (10—15) suspendiert und hört nicht eher auf, als bis diese ganze Portion verbraucht ist. Begonnen wird damit alsbald nach Feststellung des Primärsyphilids. Er will damit erreichen: a) zuverlässigere Vermeidung von Abscessen und merkuriellen Intoxikationen (Stomatitis, Enteritis, Nephritis); b) eine intensivere Einwirkung auf das Syphilisvirus, da das Hg wohl nur unter Umwandlung in Quecksilberchlorid wirke und dabei der Status nascendi eine bedeutsame Rolle spiele. Je öfter dieser herbeigeführt werde, desto energischer sei die Wirkung. Auch sei die zeitlich weite Ausdehnung der Behandlung von Bedeutung. Die meisten Prohibitivkuren blieben wirkungslos, weil sie zu früh abgebrochen werden.

Ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung (Erreur de sexe), von M. Hirschfeld - Charlottenburg. Es handelte sich um eine 44jährige, als Mädchen geltende Person, welche, wie H. konstatiert, zweifellos in Wirklichkeit männlichen Geschlechts war. Es bestand bis zur Pubertät jedenfalls Kryptorchismus beiderseits; der Penis war nur 4 cm lang, und es war eine rudimentäre Scheide sowie grofse und kleine Schamlippen vorhanden. Der Geschlechtstrieb war durchaus männlich, auf das Weib gerichtet. Wegen der Einzelheiten des genau mitgeteilten lehrreichen Falles sei auf das Original verwiesen.

Der Neomalthusianismus. Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis, von O. Rohleder - Leipzig. Thomas Robert Malthus (1756—1836) hatte die Forderung der geschlechtlichen Enthaltsamkeit bis zur Ehe, die möglichst lange hinausgeschoben werden soll, aufgestellt mit alsdann zu gestattendem Geschlechtsverkehr ohne Beschränkung. Der sog. Neomalthusianismus fordert möglichst frühzeitig zu schliefsende Ehen, und dann in der Ehe nicht sexuellen Verkehr ad libitum, sondern in den durch die allgemeinen Verhältnisse gebotenen Grenzen eventuell unter Anwendung von empfängnisvorbeugenden Mitteln. (Fortsetzung folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 1.

Untersuchungen über die Alopecia atrophicans. Wird noch fortgesetzt.

Vernix caseosa, Heredo-Seborrhoe und Akne foetalis, von JACQUET und RONDEAU. Die beiden Forscher haben eine eingehende Untersuchung über die physikalisch-chemische Beschaffenheit der Vernix caseosa, ihre physiologische Bedeutung und ihre Beziehung zur Seborrhoe und Akne foetalis angestellt und kommen zu ganz neuen eigenartigen Ergebnissen, die sie den SABOURAUDschen Behauptungen lebhaft entgegensetzen.

Nachdem sie schon früher als erste beobachtet hatten, dafs sich die Vernix caseosa mit Osmiumsäure schwarz färbt, treten sie jetzt der Behauptung entgegen, als bestehe der schmierige Überzug der Neugeborenen nur aus Fett; er enthält neben diesem auch zahlreiche Zellen und Lanugo. An diese Berichtigung knüpft sich die Widerlegung einer zweiten irrigen Annahme: Die Vernix caseosa bedeckt die Haut des Neugeborenen weder gleichmäfsig, noch hat sie den Zweck, den Embryo gegen die Einwirkung der Ammonflüssigkeit zu schützen. Die Verfasser haben sich die Mühe gegeben, an einigen hundert Neugeborenen die quantitative Verteilung des Hautfirnis zu untersuchen: er findet sich am regelmäfsigsten und am stärksten in der Regio dorso-vertebralis, scapularis und lumbosacralis, ist am spärlichsten vertreten bezw. fehlt am häufigsten ganz an den Streckseiten der Extremitäten. Sein Fehlen setzt die Haut keineswegs der Gefahr der Mazeration durch das Fruchtwasser aus, anderseits findet sich diese Mazeration am häufigsten an Händen und Füfsen, die meist einen dicken Fettbelag zeigen.

Also mufs die Vernix caseosa eine andere physiologische Bedeutung haben, als die ihnen gewöhnlich zugeschrieben wird. Die Verfasser weisen darauf hin, dafs diejenigen Körperstellen, an denen sie am häufigsten und am mässigsten angetroffen wird, sich, beim Embryo wenigstens, durch eine besondere Entwicklung des Haarsystems auszeichnen. Ferner sind diese nämlichen Stellen: die Regio dorso-vertebralis, scapularis und Regio sacrolumbalis häufig der Sitz einer angeborenen Akne sebacea, deren Beginn man ungefähr in den vierten Monat des fötalen Lebens setzen kann. Daraus folgern die Verfasser, dafs die Vernix caseosa, zum Teil wenigstens, durch eine besondere Tätigkeit im Haar- und Talgdrüsensystem hervorgebracht wird, diese Tätigkeit nimmt ihren Anfang mit der Entwicklung der Geschlechtsdrüsen und steht, wie wir weiter erfahren, unter dem Einflufs einer ererbten krankhaften Anlage, denn es fand sich eine starke Akne foetalis auffallend häufig bei Kindern seborrhoischer Mütter. Die Vernix caseosa ist demnach eine Kerato-Seborrhoea acuta, die unter einem, dem Keimplasma anhaftenden pathologischen Reiz zustande kommt.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 1.

1. **Über die entzündlichen Strikturen der Pars posterior urethrae**, von R. LE FÛR-Paris. Mit BAZY hält der Verfasser es für zweifellos, dafs entzündliche Strikturen der Pars posterior urethrae vorkommen; er selbst verfügt über sechs solche Fälle, deren Krankengeschichten er am Schlusse seiner Arbeit mitteilt, und auf Grund dieser Betrachtungen entwirft er folgendes Krankheitsbild: Die entzündlichen Strikturen der Pars posterior urethrae sind zumeist die Folge von Blennorrhoe des hinteren Harnröhrenabschnittes, sie können aber auch durch primäre Urethritiden oder Prostatitiden veranlafst sein. Die Gelegenheitsursache für ihre Entwicklung bildet oft ein Trauma, eine Verletzung der Schleimhaut durch einen Katheter, Durchbruch eines

Digitized by Google

Drüsenabscesses in die Pars membranacea oder eines Prostataabscesses in die Pars prostatica, stets aber ist die Entzündung des Terrains der primäre und wesentliche Faktor bei ihrer Entstehung. Ihren Sitz haben sie manchmal in der Pars membranacea, häufiger in der Pars prostatica, und zwar, soweit es sich nicht um zirkuläre Verengerungen handelt, fast immer an der hinteren Harnröhrenwand. Die Form ist sehr verschieden: entzündliche Strikturen, die nach den obengenannten Traumen auftreten, haben die Form eines quer verlaufenden Bandes, eines Halbmondes oder eines umschriebenen Wulstes, andere, die durch Proliferation einzelner Drüsen, des unter der Urethra liegenden Bindegewebes oder eines Teiles der Prostata verursacht sind, stellen mehr oder weniger vorspringende, vereinzelte oder zahlreiche Höcker dar. Endlich gibt es aber auch konzentrische, ringförmige Strikturen, welche die Pars posterior urethrae in ihrer ganzen Ausdehnung umfassen; sie sind fast stets die Folge einer diffusen, chronischen, proliferierenden und stenosierenden Prostatitis und führen sehr rasch zu den Erscheinungen des Prostatismus, obwohl es sich zumeist um verhältnismäfsig jugendliche Individuen handelt (junge Prostatiker). Ringförmige Verengerungen kommen aber auch vor bei reiner chronischer Prostatitis, d. h. bei chronisch-entzündlichen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut allein; wahrscheinlich verdanken sie ihre Entstehung in diesen Fällen wiederholten Instillationen starker Höllensteinlösungen und namentlich der Applikation medikamentöser, grofse Mengen Höllenstein enthaltender Bougies. Abgesehen von diesen seltenen Fällen finden sich entzündliche Strikturen des hinteren Harnröhrenteiles bei reiner chronischer Urethritis nur ausnahmsweise; viel häufiger sind sie bei chronischer Prostatitis und deren Endstadium, der Prostatahypertrophie. Pathologisch-anatomisch sind sie charakterisiert durch die Bildung fibrösen und elastischen Gewebes; damit erklärt sich auch ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber der Behandlung und ihre Neigung zu Rezidiven. An der Schleimhaut findet man Umwandlung der Cylinderepithelien in Plattenepithelien, manchmal auch Schichtung und Verhornung der Epithelzellen. Die funktionellen Symptome bestehen in Herabsetzung der Stärke und Kraft des Harnstrahls, Gefühl von Schwere und von Brennen in der Tiefe, Schmerzen bei den Miktionen und Vermehrung ihrer Zahl; dazu kommen häufige Anfälle von akuter infektiöser Prostatitis und Ausscheidung von Eiter durch den Urin, Anfälle, die zur Bildung von Prostataabscessen führen können. Zur Stellung der Diagnose bedarf es der Einführung einer dicken Sonde mit kugelförmigem Knopfe und der gleichzeitigen Untersuchung per rectum. Die Sonde stöfst bei den Strikturen des hinteren Harnröhrenteiles 2—3 cm hinter dem Sphinkter auf ein Hindernis, die Untersuchung per rectum dient zur Feststellung, dafs der Sondenknopf sich tatsächlich in der Pars posterior befindet. In schwierigen Fällen und zur Orientierung über Sitz, Form und Ausdehnung der Verengerung kann man sich des Urethroskops oder des Cystoskops bedienen. Differentialdiagnostisch kommt der Spasmus der Pars membranacea in Betracht. Der Verlauf ist, wenn nicht frühzeitig und energisch eingegriffen wird, ein rasch fortschreitender. es kommt zur Infektion der Blase und der Nieren und zum Tod durch Urämie. Zur Behandlung sind zu empfehlen starke Dilatationen mittels des Kollmann-Franckschen Spüldilatators und die elektrolytische Dilatation; in hartnäckigen Fällen die Urethrotomia interna oder besser noch die Urethrotomia externa; wenn eine Prostatitis obliterans vorliegt, die totale perineale Prostatektomie; wenn es sich um eine bandförmige Striktur handelt, auch die Sectio alta. Aufserdem mufs die begleitende chronische Prostatitis durch Massage, Elektrisierung und Spülungen mit sehr warmer Flüssigkeit oder Instillationen von 5—15%iger Protargollösung bekämpft werden.

2. **Die Hypospadia glandis**, von Broca. Beschreibung der von Hacker und von Beck zur Behandlung der Hypospadia glandis angegebenen Operationsmethode,

Digitized by Google

die darin besteht, die Harnröhre von ihrer Mündung an etwa 2 cm weit frei zu präparieren und durch die perforierte Eichel hindurchzuziehen. Der Verfasser hat mit diesem Verfahren stets ausgezeichnete Resultate erzielt.

1905. Heft 2.

1. **Betrachtungen über die Methode der intravesikalen Trennung des Urins der beiden Nieren,** von Georges Luys. L. weist auf die anatomischen Studien hin, deren Ergebnisse für die Konstruktion seines Harnsegregators mafsgebend waren, und hebt als wesentliche Vorzüge dieses Instruments hervor den breiten und festen Kontakt des inneren gekrümmten Teiles mit der Blase und die Anordnung der beiden Katheter, deren Öffnungen in den tiefsten Teil der durch die Krümmung des Instruments geschaffenen Ausbuchtung des Blasenbodens zu liegen kommen; diese Anordnung ist für die sofortige und vollständige Entleerung des vom Ureter ausgeschiedenen Urins von gröfster Bedeutung, sie macht eine Stagnation des Harns in der Blase unmöglich. Dem Cathelinschen Segregator, der sieben Monate nach seinem eigenen erschien, kann L. irgendwelche Vorzüge nicht zuerkennen, er hat dagegen entschiedene Nachteile, wenn er auch, wie die Publikationen Cathelins beweisen, eine intravesikale Trennung des Urins sehr wohl ermöglicht. Der neueste Segregator, der von Boddaert angegeben wurde und in den *Ann. génito-urin.* 1904. Nr. 23 beschrieben ist, stellt eine wesentliche Verbesserung des Cathelinschen Apparates dar, aber auch er hat schwerwiegende Fehler und läfst insbesondere die beiden oben erwähnten Vorzüge des L.schen Segregators vermissen. Die kritischen Einwendungen, die Boddaert gegen sein Instrument macht, weist L. als unrichtig zurück und erklärt, dafs dieses den Anforderungen, die theoretisch an einen guten Harnsegregator gestellt werden müssen, am besten entspricht und auch praktisch an Brauchbarkeit und Verlässigkeit von keinem der neueren Segregatoren erreicht oder übertroffen wird.

2. **Betrachtungen über die Technik der Mengenbestimmung des Harnstoffes,** von Meillère. Bemerkungen über die Technik der quantitativen Harnstoffbestimmung mittels einer Lösung von unterbromigsaurem Natrium, über den Wert der zur Ausführung der Probe empfohlenen Ureometer, über die Fehlerquellen bei der Reaktion und die Grenzen ihrer Zuverlässigkeit. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Bd. V, Nr. 2.

Die Behandlung des Lupus tuberculosus mittels Kalium permanganicum, von L. Butte-Paris. Verfasser zitiert seine früheren Publikationen über dieses Thema. Die Technik ist folgende: Zunächst wird das ganze erkrankte Gebiet des Gesichts entweder mit Ichthyolseife abgewaschen oder mit folgender Emulsion:

℞	*Sublimat*	0,3
	Tinct. benzoës	5,0
	Tinct. sapon.	50,0
	Aq. dest.	200,0.

Alsdann appliziert man täglich eine mit 2%iger lauwarmer Lösung von Kalium permanganicum getränkte Kompresse, welche 10—15 Minuten liegen bleibt. Manchmal wird hinterher über Brennen in der Haut geklagt, dasselbe wird durch Bestreichen mit Kokainsalbe schnell beseitigt. Nachdem dies zehn Tage lang fortgesetzt worden ist, soll die Applikation nur einen Tag um den anderen stattfinden. Man fährt damit 2—3 Monate lang fort. Binnen dieser Zeit hat B. bei 16 Fällen 15 mal einen vollen

Digitized by Google

Erfolg erzielt, während bei einem einzigen die Behandlung ein ganzes Jahr lang fortgesetzt werden mufste. Eine gewisse Röte der Haut und Narben sind freilich gewöhnlich noch zu sehen gewesen, lassen sich aber leicht maskieren. (Forts. folgt.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1904. Nr. 5.

1. **Eine neue Methode zur Behandlung der Impotenz**, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Mit Amato teilt Verfasser die Impotenz in eine angeborene und erworbene Form ein. Guiteras und Laruelle unterscheiden eine organische, psychische und paralytisch-atonische Impotenz. Hierauf geht Verfasser die Affektionen durch, welche dazu führen, dafs Impotenz eintritt, ebenso die bisher empfohlene medikamentöse, operative, balneologische und instrumentelle Therapie. Leider hat dieselbe bislang wenig Erfolge gehabt. Auch dem Yohimbin vermag Heidingsfeld nichts für alle Fälle Empfehlendes nachzusagen. Jedenfalls hält die Wirkung nicht vor. Vielleicht ist dabei überhaupt nur eine psychische Beeinflussung vorhanden. Zabludowski empfiehlt besonders warm die Massage der Prostata neben manueller Massage der Gegend der lumbären cerebralen Zentren. Die Massage der Vorsteherdrüse vom Mastdarm aus gab dem Verfasser keine befriedigenden Resultate. Darum konstruierte er ein Instrument, das direkt auf die Schleimhaut der Urethra im Prostataabschnitt einwirkt. Er setzte auf das distale Ende einer eingeführten Sonde, die mit einem passenden Aufsatz versehen war, den Vibrator eines Elektromotors auf, so dafs sich die Vibrationen auf die gewollte Stelle in der Harnröhre übertragen. Die Erfolge dieser urethralen Vibrationsmassage waren recht befriedigende.

2. **Die Behandlung der chronischen Urethritis blennorrhoica beim Manne**, von Hermann G. Klotz-New York. Verfasser gibt eine zusammenfassende Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden, welche bei Blennorrhoea chronica erforderlich werden können. Hierbei wird nichts Neues gesagt. Zum Schlufs wird die Frage aufgeworfen, ob der praktische Arzt in der Lage ist, den Tripper entsprechend zu behandeln und zu heilen. Diese Frage bejaht der Verfasser. An das Instrumentarium sind gar nicht zu grofse Anforderungen zu stellen. Was die Endoskopie betrifft, so genügt ein Satz einfacher Silberendoskope, in welche das Licht einer Lampe durch einen Stirnspiegel geworfen wird. Einführung der Lichtquelle in den Tubus ist keineswegs nötig. Die Nummern 24—28 für diese Tuben genügen. Niedrigere Kaliber sind ohne praktischen Wert. Zur Dilatation ist ein Satz Sonden bereit zu halten, zu Spülungen sind die nötigen Gefäfse mit Schlauch und Ansatz nötig. Dazu eine lange Urethralspritze für tiefe Injektionen.

3. **Prostatamassage als Heilmittel**, von T. P. Whaley-Charleston. Im Gegensatze zu anderen Autoren hält der Verfasser die instrumentelle Massage der Vorsteherdrüse für alle Formen von Prostatitis für indiziert, sogar für die akuten Entzündungen. Besonders betont wird die Tatsache, dafs als ein geradezu charakteristisches Symptom der Prostatitiden ein Rückenschmerz darstellt, der am Übergang der Wirbelsäule ins Kreuzbein sitzt und die Kranken oft sehr peinigen kann. Überhaupt wird bei Unsicherheit der Diagnose in der allgemeinen Praxis viel zu wenig an die Prostata und ihre Krankheiten gedacht.

4. **Falsche Wege der Harnröhre**, von Eugen Fuller-New York. Nichts Neues.

5. **Der Katheterismus bei völliger Harnverhaltung infolge Vorsteherdrüsenvergröfserung**, von W. T. Belfield. Akute Harnverhaltung infolge Prostatahypertrophie ist die Folge eines Ödems, keiner Verengerung des Prostatateils der

Harnröhre. Hier passiert stets der Mercierkatheter, oft schon ein Nelaton. Ein Metallkatheter sollte in allen Fällen von Prostatavergröfserung nur dann benutzt werden, wenn die biegsamen Instrumente durch falsche Wege aufgehalten werden. Sind solche falsche Wege gesetzt worden, so punktiere man die Blase suprapubisch und drainiere einige Tage. Die Verletzungen der Harnröhre heilen schnell ab. Hierauf greife man zum Mercierkatheter.

6. **Indikationen für Lösung der Nierenkapsel (Decapsulatio renalis)**, von R. R. Kime. Der Eingriff ist indiziert in allen Fällen, welche eine Fixierung der Niere erheischen, bei Ren permobile mit Nephritis, bei akuter Nephritis, bei drohender Urämie, bei Puerperaleklampsie, sowie bei Brightscher Niere. Kontraindiziert ist der Eingriff bei der auf Arteriosklerose beruhenden chronischen Nierenentzündung und bei Nephritis, die auf organischen Erkrankungen anderer lebenswichtiger Organe oder Alkoholismus beruht.

7. **Die Behandlung der Prostata**, von James E. Moore-Minneapolis. Die Bottini-Operation will der Verfasser für die Frühperiode der Vorsteherdrüsenvergröfserung reserviert wissen. Leider folgt ihr häufig eine totale Impotenz, welche Möglichkeit den zu operierenden Kranken nicht verschwiegen werden sollte. Für die Fälle von weiter fortgeschrittener Prostatahypertrophie, in denen der vergröfserte Anteil mehr nach der Blasenseite hinneigt, sollte die Cystotomia suprapubica gewählt werden, im anderen Falle, wenn die Hypertrophie mehr nach der Mastdarmseite zu liegt, die Prostatectomia perinealis.

8. **Die Behandlung der Harnverhaltung in Fällen von Vergröfserung der Vorsteherdrüse**, von H. M. Christian-Philadelphia. Die akuten Harnverhaltungen bei Prostatahypertrophie setzen bei scheinbar völliger Gesundheit eines solchen Individuums ein, und zwar entweder nach Erkältung oder alkoholischen Exzessen. Begleitend ist in solchen Fällen meist Verstopfung vorhanden. Das Drüsengewebe ist bei akuten Verhaltungen des Urins meist im Zustand der weichen oder glandulären Hypertrophie, welche Kongestionen bildet. Die andere Form der Urinverhaltung tritt allmählich auf, ist nie vollständig und erlaubt in kurzen Pausen kleine Mengen Wasser zu lassen. Als Ursachen zu letzterem Zustand kommen vermehrte Schwierigkeit der Miktion infolge Wucherung des Drüsengewebes und verminderte Kraft der Blasenmuskulatur in Frage. Je gröfser das Quantum Residualharn wird, desto kraftloser wird die Blasenmuskulatur. Zuletzt kommt es auf diesem Wege zur Incontinentia paradoxa. Die Behandlung erfordert dreierlei, das passende Instrument, ein reines steriles Instrument und Kenntnis, dasselbe zu gebrauchen. Am besten benutzt man einen Beniqué-Katheter oder einen Mercier. Man kommt damit fast überall aus. Zur Desinfektion genügt nach Verfasser bei den nicht kochbaren Instrumenten Auswaschen in heifsen Lösungen von grüner Seife, Abspülen in heifsem Wasser, Einwicklung in sterile Sublimatgaze und Aufheben in einem mit Gummideckel versehenen gutschliefsenden hohen Glasbehälter.

9. **Unsere Kenntnis vom heutigen Stand der Tripperbehandlung**, von Louis Gross-San Francisko. Die Gonokokken müssen in ihren Schlupfwinkeln im submukösen Gewebe der Harnröhre angegriffen werden; dazu bedürfen wir bei der Behandlung der Hilfe der Silberverbindungen, deren wirksamste das Protargol ist. Sowie die Tripperkeime geschwunden sind, haben die Adstringentien in Tätigkeit zu treten. Vor Anwendung provokatorischer Methode ist keine Urethra für gesund zu erklären.

10. **Alte und neuere Behandlungsmethoden der Harnröhrenausflüsse**, von George E. Goodfellow-San Francisko. Aus den kurzen Mitteilungen sei die eigenartige Einteilung der Harnröhrenausflüsse mitgeteilt. Verfasser unterscheidet über-

Digitized by Google

tragbare und nicht übertragbare. Zu ersteren zählt er ganz richtig die gonokokkenhaltigen akuten und chronischen Sekretionen der Urethra. Zu letzteren rechnet er alle nicht gonokokkenhaltigen Urethritiden und die einfachen tuberkulösen Ausflüsse. Die neueren Behandlungsarten des Trippers, der nach ihm nur durch Ruhe, Diät und Reinigungen abheilt, haben aus diesem Leiden nach Ansicht des Verfassers erst die schwere Krankheit gemacht, als die die Blennorrhoe jetzt gefürchtet wird. Den Gonococcus hält der Verfasser übrigens nicht für den Erreger des Trippers, sondern nur für einen ständigen Begleiter mancher Harnröhrenausflüsse.

11. **Eine Lanze für den Konservatismus,** von Blaine-Denver. Der Verfasser wendet sich hauptsächlich gegen die wahllose Anwendung der Radiotherapie in der heutigen Heilkunde und führt eine Kasuistik von namhaften Schädigungen der Haut durch Strahlenbehandlung an. Er möchte die schädliche Wirkung schon jener Strahlentherapie hervorheben, welche „irgendein Enthusiast noch entdecken wird".

12. **Über die Technik bei der Behandlung der Hypospadie und anderer Defekte und der Verletzungen der Harnröhre,** von Karl Beck-New York. Verfasser empfiehlt, wo irgend möglich, die Abpräparierung der Urethra nach Befestigung eines bis zur Blase eingeführten Katheters in allen Fällen von Hypospadie oder ähnlicher Defekte vorzunehmen und gibt einige technische Winke. In Fällen von starken Strikturen oder traumatischen Zerreifsungen der Harnröhre empfiehlt er Dissektion derselben, Abpräparierung und Vereinigung der beiden Urethralpartien nach erfolgter Streckung des Organs.

13. **Die Behandlung der Syphiliskachexie und -Anämie,** von Orril le Grand Suggett-St. Louis. Die Merkurtherapie hat sofort nach Sicherung der Diagnose Lues zu beginnen und mindestens ein Jahr lang nach Verschwinden der Symptome fortgesetzt zu werden. Die Art der Darreichung mufs dabei wechseln. Am besten wirkt Protojodoretum hydrargyri, per os gegeben. Wird dies nicht mehr vertragen, so sind Einreibungen mit grauer Salbe oder Ung. oleïnicum hydrargyri vorzunehmen. Eisen ist gleich vom Beginn der Erkrankung an zu reichen, damit das Virus die roten Blutkörperchen und das Hämoglobin nicht zu sehr anzugreifen vermag. Als bestes Eisenmittel empfiehlt der Verfasser Gudes Eisenpeptonmangan.

14. **Die Therapie des Ekzema marginatum,** von Gant. Schnelle (!) Heilung erzielte Verfasser bei diesem als äufserst rebellisch bekannten Leiden durch Applikation von Schwefelsäure auf die Randgebiete der Affektion oder durch Auflegen folgender Salbe:

℞ *Sulfur. sublimat.*	
Pic. liquid.	
Sapon. virid.	āā 22,50
Terr. alb.	11,25
Adip. suill.	30,00
M. f. ung.	

1904. Nr. 6.

1. **Was hat mit einem vermutlichen Primäraffekt zu geschehen?** von Breakey-Ann Arbor. Auf Grund einer längeren Erfahrung wendet sich der Verfasser gegen die Kauterisation des Primäraffektes, die gleichzeitig mit konstitutioneller Behandlung schon in diesem Stadium geübt wurde. Er glaubt, dafs nach solchen künstlichen Veränderungen des Initialaffekts die sekundären Symptome unregelmäfsig sich gestalten, dafs die Erscheinungen häufig wiederkehren und sich in die Länge ziehen, dafs oft zerstörende Geschwüre, entstellende Narben und Paralyse sich einstellen. Auch wird durch ein solches Vorgehen die Diagnose aufserordentlich getrübt. Konstitutionelle Erscheinungen lassen sich trotz der vorzeitigen Merkurtherapie nicht ver-

hindern. Die obenerwähnte Neigung zu einer gewissen Medizinität der weiteren Läsionen spricht ebenfalls dagegen, den Primäraffekt zu kauterisieren oder zu exzidieren und vor Ausbruch der ersten sekundären Symptome Quecksilberkuren einzuleiten. Auch sollte der Kranke nie in den falschen Glauben versetzt werden, er habe vielleicht einen nichtsyphilitischen Schanker durchgemacht, bezw. er sei durch eine energische Abortivkur geheilt worden. Besonders wichtig ist eine sichere Diagnose bei nicht geschlechtlich erworbenen Primäraffekten. Bulkley berichtet in seinem Buche: „Die Syphilis der Unschuldigen“ über 9000 authentische Fälle extragenitaler, unschuldig akquirierter Infektionen. Die starken und schon gleich nach dem Auftreten des Schankers ziemlich weitgreifenden lokalen Gewebsveränderungen, besonders der Blut- und Lymphgefäfse, sprechen gegen die Anschauung, dafs der spezifische Giftstoff eine längere Zeit an Ort und Stelle der Ansteckung liegen bleibe und man die Allgemeinerkrankung durch rechtzeitiges Ausschneiden der Sklerose verhindern könne. In fünfzehn derartig behandelten Fällen — berichten Bumstead und Taylor — ist auch nicht einmal die Krankheit kupiert worden. Aus den Ausführungen des Verfassers geht hervor, dafs die sofortige Kauterisation jedes venerischen Geschwürs eine in Amerika unter den Ärzten leider weitverbreitete Sitte ist.

2. **Die Behandlung von Schleimhautplaques bei sekundärer Syphilis,** von Robert Holmes Greene - New York. Die Patienten, deren Syphilis sich in immer wiederholten Schleimhautläsionen besonders des Mundes äufsert, sind meist Individuen, die vor ihrer Erkrankung an Syphilis unter herpetischen Affektionen der Mundgegend zu leiden gehabt haben. In diesen Fällen ist auf Magen und Diät das gröfste Gewicht zu legen. Was die Mundpflege betrifft, so lasse man für sie nur Waschungen und Spülungen von leicht alkalischer Beschaffenheit zu. Sobald sich Neigung zu Speichelflufs einstellt, gebe man eine gesättigte Lösung von Kalium chloratum in Zimtwasser zum lokalen Gebrauch.

3. **Ursache und Behandlung der Lepra,** von Milton Rice-Hilo. Kurze Ausführungen, in denen sich der Verfasser gegen Fisch- und Moskitotheorie der Lepra wendet. Eine spezifische Therapie der Lepra gibt es nicht; Verfasser beobachtete die Lepra auf Hawai.

4. **Schnellkur des Erysipels,** von W. B. Taylor-Dexter. In fünf Fällen von Rose sah der Verfasser einen geradezu im Augenblick eintretenden Erfolg von folgender Behandlung: Aufpinseln von unverdünntem Kreolin auf den erkrankten Hautbezirk und Abwaschen desselben nach drei Minuten mit reinem Wasser.

5. **Ein Fall von Hufeisenniere,** von G. Th. Mundorff-New York. Gelegentlich der probeweisen Ausführung einer Nephrektomie an der Leiche eines Mannes in mittleren Jahren fand der Verfasser den seltenen Fall einer Hufeisenniere. Irgendwelche Zeichen renaler Erkrankung hatte der Verstorbene nie im Leben dargeboten. Es bestanden zwar zwei Nieren, dieselben waren jedoch durch eine breite Brücke wahrer Nierensubstanz miteinander so verbunden, dafs das Bild einer Hufeisenniere resultierte.

6. **Der Gebrauch des Formalins zu Blasenspülungen,** von Gardner W. Allen-Boston. Zur Blasenspülung wird vom Verfasser Formalin empfohlen. Dasselbe ist eine reinliche, farblose, keine Flecke verursachende Lösung, die sich äufserst leicht herstellen läfst. Sie hinterläfst nicht den bei anderen Mitteln üblichen Schmerz und Tenesmus. Die Empfindungen lassen sogleich nach, wenn die Formalinlösung aus der Blase herausgelassen worden ist. Indikationen sind besonders purulente Blasenkatarrhe. Das Verhältnis der Lösung ist in der Regel 1 : 500, doch beginnt man vielleicht besser mit noch mehr diluierter Spülflüssigkeit.

7. **Behandlung der vergröfserten Vorsteherdrüse**, von George R. White-Savannah. Henry Thomson glaubt, dafs von 100 60jährigen Männern 36 an Prostatavergröfserung leiden und davon wiederum die Hälfte mehr oder minder schwere Symptome aufweisen. Verfasser gibt die Krankengeschichten von vier operierten Fällen wieder, die glänzende Erfolge zeigten. Der Eingriff bestand in der perinealen Prostatektomie. In Fällen von alter Cystitis, wo septische Infektion der Wunde zu befürchten ist, soll die Operation erst dann ausgeführt werden, wenn nach vorausgegangener Urethrotomie der Blasenzustand bedeutend gebessert worden ist.

8. **Prostatablutungen**, von Albarran-Paris. Blutungen kommen in dem so aufserordentlich gefäfsreichen Organe nicht selten voı. Das Prostatagewebe ist gewissermafsen eine Fortsetzung des Corpus spongiosum urethrae. Auch das periglanduläre Gewebe ist sehr gefäfsreich. Um die Drüse herum liegen Gefäfsplexus (Santorini), welche mit den benachbarten Blutadern kommunizieren. Der das Veru montanum tragende Teil des vorderen Drüsenabschnitts verhindert, sobald er sich erigiert, ein Rückfliesen der ejakulierten Samenflüssigkeit. Auf diesen Kongestionen beruhen auch die häufigen morgendlichen Erektionen des Gliedes. Die gefüllte Blase drückt auf die peripheren Plexus der Drüse und läfst letztere anschwellen. Die Prostatablutung vermag eine initiale, terminale oder totale Miktionshämorrhagie zu sein. Bei ersterer werden vorhandene Blutgerinnsel vom Harnstrahl fortgespült, bei der zweiten Form kommt es bei den letzten Kontraktionen der Blase zur Zerreifsung kleinster Gefäfse, bei der totalen Form ist das ausgetretene kopiöse Blut über den Sphincter vesicae in die Blase zurückgeflossen und mischt sich dem gesamten Urine bei. Die Ursachen von Blutungen der Prostata sind mifsglückte Sondierungen, falsche Wege, Prostatasteine, Neoplasmen. Die auf letzterer Ursache beruhenden Blutungen verlaufen schmerzlos, erscheinen ohne sichtbare Veranlassung plötzlich, um ebenso schnell wieder zu schwinden. Die wichtigsten zu Blutungen führenden Läsionen der Vorsteherdrüse sind die Prostatahypertrophien. Hier erscheinen sie entweder bei Urinverhaltung oder nach Entleerung der lange gefüllt gewesenen Blase (Haematuria e vacuo) oder unabhängig von der Miktion.

9. **Einige Erwägungen über Tripperbehandlung**, von Wetherby-Wilker Barre. Von der männlichen Stadtbevölkerung leiden 50—75 % irgendeinmal im Leben an Tripper. 50 % aller Fälle von Blindheit beruhen ebenfalls darauf. In der Therapie des Harnröhrentrippers steht die Irrigationsbehandlung obenan. Dabei stellen sich auch weniger Komplikationen ein. Für akute Fälle ist das Kaliumpermanganat, für chronische der Höllenstein zur Lösung zu benutzen. Daneben mufs der Kranke die vordere Urethra selber bespülen mit einer gewöhnlichen Harnröhrenspritze. Von den gonokokkentötenden Heilmitteln ist am meisten zu empfehlen Argyrol, doch ist es ein unhandliches, fleckemachendes Mittel. Diese Fehler gehen dem sonst ebenfalls vorzüglichen Merkurol ab. Daneben kommen für akute Prozesse Pikrinsäure und Zinkpermanganat besonders in Frage. Für subakute und chronische Katarrhe empfiehlt der Verfasser neben dem schwefelsauren und sulfokarbolsaurem Zink Bismuthum subnitricum oder subgallicum sowie Hydrastis.

10. **Finsenlicht, Röntgenstrahlen und frequente elektrische Ströme als Behandlungsmittel von Hautkrankheiten**, von Duncan Bulkley-New York. Die Erfolge der Finsenbehandlung des Lupus sind zweifellos bedeutende, am besten sind sie bei Finsens eigenem Materiale in Kopenhagen zu beobachten, wo das Studium der Technik auf der höchsten Höhe steht. Mit den Röntgenstrahlen erzielt man bei der Lupusbehandlung viel schnellere Resultate. Bei Ulcus rodens und oberflächlichem Cancroid zeitigt die Röntgentherapie vorzügliche Heilungen. Bei tiefsitzenden Prozessen dieser Art oder Sarkomen der Haut dürften Rezidive häufig zu beobachten sein.

Digitized by Google

Nur bei inoperablen Fällen sollte man hier radiographieren. Frühzeitige Radikaloperation ist hier am Platze. Verfasser berichtet über 291 einschlägige Fälle mit 2830 Sitzungen im Jahre 1904. Nur in einem Falle trat eine Röntgenverbrennung auf. Von 71 behandelten Epitheliomen zeigten acht Rückfälle, wovon sieben die Behandlung vorzeitig verlassen hatten. 29 völlige Heilungen wurden erzielt, daneben 24 Besserungen. Für Lippenkrebse empfiehlt BULKLEY radikale Entfernung. Vorzügliche Erfolge sah er weiter von der Radiotherapie bei Keloid, Lupus vulgaris, Naevus pigmentosus, Psoriasis, Mykosis fungoides, Hirsuties und anderen Affektionen. Mittels hyperstatischer Elektrizität nach PIFFARD behandelte Verfasser mit gutem Erfolge Warzen, Lupus erythematosus, Ekzem und Akne, Pigmentmäler und anderes.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die sogenannten Tastballen an den Händen und Füſsen des Menschen, von RETZIUS. (Ergänzungsheft zum *Anat. Anz.* 1904. XXV. Bd.) Die bei manchen Säugetieren, vor allem bei den anthropoiden Affen, noch im erwachsenen Zustande gut ausgebildeten Tastballen, das sind Erhabenheiten an den Volarseiten der Hände und Füſse, finden sich beim menschlichen Embryo während des dritten und vierten Foetalmonats gut ausgebildet, um sich dann allmählich zurückzubilden.

Über das gehäufte Auftreten von freien Talgdrüsen an der Innenfläche des Praeputiums (ibidem), von DELBANCO. An schön gefärbten Präparaten wies er das massenhafte Vorkommen von Talgdrüsen an stark absondernder bezw. gereizter Vorhaut nach. Schon makroskopisch waren sie als gelbe Pünktchen zu sehen.

F. Hahn-Bremen.

Über Widerstands- und Lebensfähigkeit epithelialer Zellen, von S. PROCHOWNIK. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) So zahlreich in der Literatur Beobachtungen und Mitteilungen über Transplantationsversuche mit anderen Organen (Schilddrüse, Hoden, Ovarium), so spärlich sind die Beobachtungen über die Lebensfähigkeit der zur Verpflanzung kommenden Zellen. Die wertvollen Versuche des Verfassers knüpfen direkt an einige Experimente LUBARSCHS an. Zu seinen Versuchen benutzte Verfasser 26 Kaninchen. Gruppe 1 umfaſst die Versuche, in denen die herausgenommenen Teile entweder kürzere Zeit, d. h. ½—1½ Stunden, oder längere Zeit vor Belichtung und Eintrocknung geschützt, auſserhalb des Tierkörpers verweilten. Die Überpflanzung von Speicheldrüsen ½—1 Stunde nach der Herausnahme war unter zehn Versuchen sechsmal erfolgreich. Nicht viel ungünstiger fielen die Versuche der Implantation nach längerem Aufenthalt auſserhalb des Körpers aus, von zwölf waren sechs positiv. Die vom Verfasser erreichte Grenze beträgt 54½ Stunden. (LUBARSCH in einem Falle 72 Stunden.) Fünf Versuche mit Mammagewebe fielen negativ aus. Soweit dies aus den wenigen Versuchen ersichtlich ist, dürfte die Regenerationsfähigkeit des Hodens und Nebenhodens der der Speicheldrüse mindestens gleichstehen.

Gruppe 2 umfaſst die Versuche, wo vor der Implantation eine chemische Noxe einwirkte. Es zeigte sich, daſs die chemischen Agentien nicht nur die Proliferationsfähigkeit vernichtet, sondern bereits eine Art Konservierung herbeigeführt hatten.

Digitized by Google

Gruppe 3 umfaſst einige Versuche, die die Einwirkung hoher Temperaturen auf die Lebens- und Proliferationsfähigkeit zeigen sollen. Es ergab sich, daſs Speicheldrüse, Hoden und Nebenhoden 15—20 Minuten lang, ohne Vernichtung ihrer Regenerationskraft, einer Temperatur von 60° C. ausgesetzt werden können.

In Gruppe 4 sind die Versuche vereint, wo die Abkühlung der zu implantierenden Teile mindestens bis zur Herbeiführung des festen Aggregatzustandes fortgesetzt wurde.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daſs Lebensfähigkeit und Regenerationskraft der Speicheldrüsen und der Hodenepithelien durch Temperaturen von —21 resp. —15° C. nicht vernichtet werden. *Fritz Loeb-München.*

Mikroskopische Technik.

Beitrag zum Studium der Intercellularbrücken im Rete Malpighii der menschlichen Haut, von Polverini. (*Lo Sperimentale.* VI. 1904.) Der Verfasser beabsichtigt mit dieser seiner Arbeit über diesen Gegenstand keineswegs, etwas Neues zu bringen. Er untersuchte nämlich einen Fall von Mycetom des Fuſses. In den Präparaten waren die Retezellen infolge des Ödems der Schleimschicht mehr oder weniger weit voneinander entfernt und zeigte es sich, daſs die von Garten beobachteten knötchenförmigen Verdickungen der Intercellularbrücken trotz der Spannung (infolge der Entfernung der Zellen) erhalten blieben. Dadurch erweist sich die Hypothese Ranviers, welcher diese Brücken für elastische Elemente ansah, als irrtümlich, sonst müſsten die Verdickungen infolge des auf die Fäden ausgeübten Zuges verschwinden oder doch zum mindesten an Umfang abnehmen. *C. Müller-Genf.*

Über das Verhalten der neutrophilen Granula in den farblosen Blutkörperchen des Eiters, von D. Kirschenblat. (Aus dem pathologischen Institut in Berlin. Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Zu kurzem Referat nicht geeignete, lesenswerte Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Histologie der Röntgenwirkung auf die normale menschliche Haut, von P. Linser-Tübingen. (*Fortschr. f. Röntgen.* 1904. VIII. Nr. 2.) Die Untersuchungen stellen fest, daſs das Epithel bei der normalen Haut nicht primär geschädigt wird. Dagegen lieſsen sich an den Gefäſsen deutliche Veränderungen nachweisen, die auf die Einwirkung der Röntgenstrahlen zurückgeführt werden müssen. Diese Schädigung trifft auch nicht alle Gefäſse gleichmäſsig, sondern nur einzelne Gefäſsstrecken, und auch hier findet man an derselben Intima oft Stellen mit stärkeren Veränderungen abwechseln mit solchen, die nur geringe Verdickungen zeigen. Das ist zu erklären durch das Verhältnis der Strahlenrichtung zum Gefäſsverlauf, denn bei der Nichtbrechbarkeit der X-Strahlen ist anzunehmen, daſs die senkrecht von den Strahlen getroffenen Gefäſse stärker geschädigt werden als solche, die schief oder parallel zur Strahlenrichtung verlaufen. Die partiellen Gefäſsschädigungen lassen auch verstehen, weshalb zuweilen trotz energischer Bestrahlung keine Epithelnekrose, keine Ulceration eintritt: Infolge der geringen Breite des bestrahlten Bezirkes reichen die umgebenden normalen Kollateralen noch aus, um die Blutzirkulation soweit aufrecht zu erhalten, daſs keine Ernährungsstörung in dem bestrahlten Bezirke auftritt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bakteriologie.

Über die Bacilli acidi und ihr Vorkommen auf der Haut, von Campana. (*Rif. med.* 1904. Nr. 28.) Sogenannte saure Bazillen werden sehr häufig auf den

Digitized by Google

Schleimhäuten und nicht selten auf der Haut gefunden. In zwei Fällen von tuberkulösem Abscesse am Halse hat der Verfasser welche in den epithelialen Detritusmassen des Wundrandes, nicht aber im Innern des Abscesses selbst gefunden. Verfasser protestiert gegen die Tendenz gewisser Autoren, den Bacillus „Bacillus pseudotuberculosus“ zu nennen und wünscht die Bezeichnung „Bacillus acidus“ beibehalten zu wissen, um Konfusionen zu vermeiden. *C. Müller-Genf.*

Deckglaskulturen und ihre Leistungsfähigkeit beim Studium von Epidermispilzen, von J. Frank Wallis-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 20. Aug. 1904.) Das Kulturverfahren des Verfassers besteht darin, daſs er Deckgläschen mit einem Tropfen geeigneten Nährmaterials bestreicht, ein Haar oder eine Schuppe darin einbettet und die Deckgläschen bei Zimmertemperatur in eine feuchte Kammer bringt. Auf diese Weise hat Verfasser Trichophytonpilze gezüchtet und das Wachstum der Kulturen in allen Stadien beobachten können. Das Verfahren ist dem vor einigen Jahren von Plaut angegebenen sehr ähnlich; dieses ist sogar einfacher, da es jedes Nährmedium überflüssig macht. Verfasser kennt augenscheinlich die Methode Plauts nicht. Übrigens bemerkt Bulkley in der Diskussion zu des Verfassers Vortrag, daſs er vor 20—30 Jahren schon in ganz ähnlicher Weise Pilze gezüchtet habe.
A. Loewald-Kolmar.

Über einen einfachen Gonokokkennährboden, von B. Lipschütz-Wien. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXVI. Nr. 5.) Wegen der Schwierigkeit der Gewinnung des Menschenserumagars besteht entschieden das Bedürfnis nach einem leicht beschaffbaren Nährboden für den Gonococcus. L. hat daher, ausgehend von dem Schluſs, daſs es bei der Züchtung des Gonococcus im wesentlichen auf den Zusatz einer eiweiſshaltigen Flüssigkeit zum Agar und Einhalten einer bestimmten Reaktion ankommt, Versuche mit einem aus Hühnereiern hergestellten Präparate ausgeführt. Das Präparat wird von Merck unter dem Namen „Albumin aus Eiern pulv. subt.“ in den Handel gebracht. Die genaue Herstellung des Nährbodens, welcher eine 2%ige alkalische Lösung des Eiereiweiſses darstellt, muſs im Original nachgelesen werden.

Verfasser hat 35 Fälle von akuter und subakuter Urethritis mit seinem Nährboden untersucht und in sämtlichen Fällen gelang das kulturelle Gonokokkenwachstum. Die auf Eiereiweiſsagar gezüchteten Stämme hatten im Vergleiche mit auf Hydrokelenagar gewachsenen Gonokokkenkulturen einen mehr trockenen und weiſslichen Farbenton.

Auch in der Eiereiweiſsbouillon gedeiht der Gonococcus; nach 48 Stunden ist die Kultur leicht trübe, und einige Tropfen derselben, auf Eiereiweiſsagar übertragen, genügen, um auf dem festen Nährboden wieder eine Kultur zu erhalten.
Heinrich Rausch-Darmstadt.

Hygiene.

Unterrichtsstunden über Geschlechtskrankheiten für Hebammen, von Carl Stern-Düsseldorf. (*Dtsch. Med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Verfasser hat in den letzten Jahren wiederholt Unterrichtsstunden für Hebammen abgehalten, in denen er sie mit den Geschlechtskrankheiten bekannt gemacht hat. Die Bedeutung dieser Einrichtung sieht er einmal darin, daſs die Aufmerksamkeit der Hebammen auf die persönliche Prophylaxe gelenkt wird, und zweitens darin, daſs sie angeregt werden, fragliche Fälle möglichst bald ärztlicher Behandlung zuzuführen. In einem etwa dreiviertelstündigen Vortrag hat Verfasser einer Gruppe von 20—30 Hebammen alles für sie wissenswerte auseinandergesetzt und durch Demonstrationen und Abbildungen

Digitized by Google

erläutert. Unter Hinweis auf die schweren Folgen, die unsachgemäfse Behandlung nach sich ziehen könne, warnt er seine Hörerinnen eindringlich davor, auf eigene Hand Verordnungen zu erteilen. — Das Bedenken, dafs diese Unterweisungen der Kurpfuscherei Vorschub leisten könnten, hält Verfasser für unbegründet. Er empfiehlt Nachahmung seiner Einrichtung. *A. Loewald-Kolmar.*

Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis und venerischen Krankheiten, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Cincinn. Lancet Clinic.* 4. Juni 1904.) In einem historischen Überblicke führt R. den Nachweis, dafs seit den ältesten Zeiten die Prostitution unter den Kulturvölkern vorhanden war und dieselbe gleichsam als notwendiges Übel, dessen Ausrottung unmöglich ist, geduldet werden mufs. Der Pflicht, die Prostitution strenge zu überwachen, kann sich der Staat daher nicht entziehen, und wo aus „idealen" Gründen dies nicht geschieht, erlebt man stets eine bedeutende Zunahme der Geschlechtskranken. Dies lehrt in besonders eindringlicher Weise die bezügliche Gesetzgebung Englands und Italiens; im ersteren Staate betrug in den Jahren 1874—79, wo strenge Regulierung der Prostitution vorgeschrieben war, die Zahl der geschlechtskranken Soldaten 9,53 vom Tausend; nachdem diese Regulierung aufgehoben war, stieg sie auf 17,46 vom Tausend. Ebenso stieg in Italien nach Aufhebung der Reglementation im Jahre 1888 die Zahl der Geschlechtskranken in erschreckender Weise. Kurz, R. kommt auch auf Grund seiner Erfahrungen in Cincinnati zu dem überzeugenden Schlusse, dafs ein gut ausgeführtes System der Reglementierung für die Allgemeinheit von weit gröfserem Nutzen ist, als alle idealen Bestrebungen der Abolitionisten zu erreichen vermögen. *Stern-München.*

Die venerischen Krankheiten und ihre Prophylaxe in den französischen Kolonien, von Jullien. (*Policlinique.* 1904. Nr. 12.) Die venerischen Krankheiten und speziell die Syphilis haben, wie J.s Übersicht zeigt, in den meisten französischen Kolonien eine fürchterliche Verbreitung gewonnen. Nur einzelne Völkerschaften, die sich von den eingewanderten Europäern und namentlich von den Soldaten fern halten, sind ganz oder nahezu ganz frei von der Seuche geblieben, so die streng muhamedanischen Völkerschaften der französischen Besitzungen an der Westküste von Afrika, der Stamm der „Mois" in Asien, die Bewohner der australischen Inseln Rapa, Raiata und Taba, die völlig abseits vom Verkehr liegen. Als prophylaktische Mafsnahmen schlägt J. vor, die zum Dienste in den Kolonien bestimmten Soldaten und die europäische wie die eingeborene Bevölkerung durch Vorträge und Broschüren über die Verbreitung und die Gefahren der Syphilis aufzuklären, die geschlechtskranken Soldaten durch Isolierung in den Kasernen und Spitälern unschädlich zu machen, den gesunden Soldaten in Klub- und Gesellschaftshäusern Gelegenheit zur Erholung und Unterhaltung zu geben, endlich die infizierten Europäer und Eingeborenen in Polikliniken unentgeltlich behandeln zu lassen und mit den nötigen Medikamenten zu versehen. *Götz-München.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Störungen der Sensibilität der Haut, von Trémolières-Paris. (*Presse méd.* 1904. Nr. 42.) Die doppelte und reichliche Nervenversorgung der Haut durch das cerebrospinale und sympathische System läfst schon von vornherein eine starke Beteiligung der Haut an sensiblen Empfindungen annehmen. Die Störungen derselben teilt man ein in Hyperästhesien, Anästhesien und Parästhesien. Zwischen der Hyperästhesie und der Dermalgie sind nur graduelle Unterschiede, beziehentlich verbinden sich Hautschmerzen stets mit Hyperästhesien, die daneben oder danach auftreten. Dermalgie ohne Hyperästhesie gibt es nicht, das Umgekehrte ist möglich.

Digitized by Google

Die Hyperästhesien sind auf runde Flächen, multiple Streifen, und zwar unilateral oder symmetrisch, ausgedehnt. Als Pruritus ist die Gesamtheit der Empfindungen zu bezeichnen, welche das Verlangen und Bedürfnis des Kratzens auslösen. Der Pruritus kann essentiell oder an eine Dermatose gebunden sein. Ersterer ist keine Krankheitseinheit, sondern eine physiologische Erscheinung, ein Reflex der Haut auf verschiedene sie treffende Reize (Parasiten, Verdauungsprozesse, Menstruation). Gesteigert wird der normale Juckreiz zum krankhaften Pruritus purus. Er kann allgemein oder regional sein. Jacquet geht in seinem Artikel über die Sensibilitätsstörungen der Haut in der *Pratique dermatologique* näher auf den Pruritus der Nasenschleimhaut, der Lider, der Ohrmuschel usw. ein. Was das komplizierte Jucken betrifft, so ist es für die meisten Autoren die Folge einer Dermatose, für Jacquet jedoch eine Erscheinung, welche auf dem Umwege des Kratzens vielfach erst die Hautkrankheit hervorruft. *Hopf-Dresden.*

Bericht über Transplantation von Haut, welche von amputierten Extremitäten stammte, von G. Hartmann und C. Weirick-Harrisburg. (*New York med. journ.* 24. Dezbr. 1904.) Bei einem farbigen, 26jährigen Arbeiter war infolge Verbrennung durch Kohlen in einer Eisengiefserei aufser schweren Brandwunden zweiten Grades am linken Unterschenkel und rechten Vorderarm eine hochgradige Brandwunde dritten Grades am unteren Drittel des rechten Unterschenkels und am rechten Fufs entstanden, so dafs Haut, subcutanes Gewebe und an manchen Stellen Muskulatur völlig verkohlten und ausgedehnte Gangrän eintrat. Zirka fünf Wochen später wurden auf die Stelle der abgestorbenen Gewebe die Hautstückchen transplantiert, welche von dem kurz vorher amputierten Beine eines Weifsen stammten, und zwar wurden 23 Stückchen in der Gröfse von $2^1/_2$ qcm (1 Quadratzoll) implantiert, wobei zwischen jedem Stückchen ein Raum von $1^1/_4$ cm frei gelassen wurde. Physiologische Kochsalzlösung ward zum Verband gebraucht und derselbe alle 24 Stunden gewechselt. Die Hautstückchen heilten rasch an und in sechs Tagen zeigten die meisten eine Fleischfarbe, mit Ausnahme von zweien, welche später entfernt werden mufsten; in der vierten Woche begann der Verhornungsprozefs, weifsfarbig, an der Peripherie der implantierten Fläche und dieselbe zeigte auch weiterhin keine Neigung, die Farbe der umgebenden Haut anzunehmen. Seit dieser ersten Operation haben Verfasser noch zwei weitere mit der Haut von amputierten Extremitäten vorgenommen und denselben guten Erfolg erzielt. *Stern-München.*

Die Parasitentheorie der Geschwulstentstehung im Vergleiche zu den tatsächlichen Erfahrungen über multiple Primärtumoren, von Paul Keding. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1903.) Verfasser hat Betrachtungen angestellt über das Verhältnis der multiplen zu den in der Einzahl auftretenden Krebsen und zieht auf Grund dieses Verhältnisses den Schlufs, dafs auf alle Fälle die primäre Multiplizität der Krebse resp. das gemeinsame Vorkommen von Krebs mit anderen gut- oder bösartigen Geschwülsten eine grofse Seltenheit bleibt. Auffällig ist, dafs die im allgemeinen für Krebs am meisten prädisponierten Organe in ihrer Neigung, multipel zu erkranken, untereinander sehr starke Unterschiede zeigen. Es bleibt aber auch bei den noch am meisten zu mehrfachem Krebs veranlagten Organen die Multiplizität im Vergleiche zu der Zahl ihrer krebsigen Erkrankungen überhaupt enorm selten. Nach der Ansicht des Verfassers ergibt sich als notwendiges Fazit des Studiums der Multiplizität des Krebses: Das aufserordentlich spärliche Vorkommen mehrfacher histogenetisch verschiedener, bösartiger Geschwülste an demselben Individuum spricht entschieden gegen eine gleichartige parasitäre Entstehung der malignen Tumoren und ist sogar mit der parasitären Theorie überhaupt schwer zu vereinbaren. Die

These, nur die Parasitentheorie werde den Tatsachen der Beobachtung gerecht, wird hinsichtlich der multiplen Primärtumoren durch die Daten der Statistik in ihr Gegenteil verkehrt. *Fritz Loeb-München.*

Sind die Naevi bei Tumoren — besonders bei malignen tiefen, abdominellen Tumoren — als ein Symptom der Malignität zu betrachten? (TRÉLATsches Symptom), von BOUCAUD. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 118.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Bei gesunden Personen trifft man in jedem Lebensalter Naevi an. Ältere Leute zeigen sie häufiger, junge Personen viel seltener. Viel häufiger sind Naevi bei Carcinomatösen beobachtet worden (gleichgiltig in welchem Alter sie sich fanden), als bei gesunden Individuen. Um von dem Vorhandensein eines Naevus auf einen malignen Tumor schliefsen zu können, ist es nötig, dafs der Naevus erst seit kurzem und in der Nähe des Tumors aufgetreten ist. In der Diagnostik der abdominellen Tumoren macht das TRÉLATsche Symptom, wenn es vorhanden ist, die Annahme einer Malignität des konstatierten Tumors sehr wahrscheinlich. *Fritz Loeb-München.*

Das Schicksal von Haaren bei der Bildung von Hautnarben, von FRITZ LEBRAM-Giessen. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1904. Nr. 14.) L. fafst das Resultat seiner Untersuchung über das Schicksal von Haaren bei der postfötalen Wundheilung folgendermafsen zusammen:

Entweder das Haar wird total aus dem Mutterboden entfernt; dann ist jede Möglichkeit einer Bildung ausgeschlossen, die überhaupt noch einmal an das Haar erinnern könnte.

Oder aber es bleibt ein Haarstumpf zurück. Dann können von diesem aus sich Epithelinseln auf der Wundoberfläche bilden; es kann weiter eine Regeneration des Haares stattfinden; das Haar wächst mit den Granulationen empor und so entsteht eine mit Haaren besetzte Narbe. Es kann aber auch unterhalb der sich bildenden Narbe der Haarstumpf atrophieren oder anderseits ein Haar produzieren, das die Narbe durchwächst. Es kann endlich unterhalb der Narbe eine Cyste entstehen oder aber ein Haar gebildet werden, das seine Wachstumsrichtung ändert, anstatt nach der freien Oberfläche in das Gewebe unterhalb der Narbe hineinwächst und hier als Fremdkörper reizend wirkt. *Putzler-Danzig.*

Über die Haftung von Salzen an der Haut, von FRANZ KIRCHGRABER. (Inaug.-Dissert. München 1903.) Es ist die Theorie des tiefen Eindringens von Salzlösungen durch Versuche nicht zu beweisen gewesen und damit auch nicht der daraus sich ergebende Schlufs auf eine dementsprechende Nachwirkung derselben. *Fritz Loeb-München.*

Vergiftung durch Nitrobenzol mit tötlichem Ausgang, verursacht durch Absorption flüssiger Schuhwichse von der Haut aus, von WILLARD J. STONE-Toledo. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 1. Okt. 1904.) Ein junger Mann hatte die eben mit flüssiger Schuhwichse geschwärzten Schuhe angelegt, bevor die Wichse eingetrocknet war, war zum Tanze gegangen, erkrankte einige Stunden später plötzlich im Café und war vier Stunden danach tot. Erst weitere Nachforschungen und die Autopsie brachten die Aufklärung. Es fanden sich beide Füfse über den Knöcheln schwarz gefärbt, an den inneren Organen die Zeichen akuter Nephritis und Hepatitis. Die chemische Untersuchung der Schuhwichse ergab das Vorhandensein von Nitrobenzol, das als Lösungsmittel für Anilinfarbstoffe in vielen flüssigen Schuhwichsen angewandt wird. Diese Art der Verwendung ebenso wie der Gebrauch des Nitrobenzols als Odorans für billige Seifen, Konfekt usw. sollte wegen der grofsen Gefahr der Vergiftung verboten sein. *A. Loewald-Kolmar.*

Digitized by Google

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Neutrale Seifen, von E. Rasmussen-Hamburg (Chemische Fabrik Paul Horn). (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 90.) R. gibt eine Aufklärung vom chemisch-technischen Standpunkte aus zur Malzextraktseife von Dr. L. Sarason, und zwar vom Standpunkte eines Chemikers und Betriebsleiters der Seifenabteilung einer Hamburger Seifenfabrik. Sarason hatte eine Malzextraktseife als neutrale Seife mit guter Schaumbildung und mit Benutzung einer vorher möglichst neutralen Grundseife eingeführt. Aber R. kann in der Malzextraktseife keineswegs einen Fortschritt in der Seifentherapie finden, weil nicht bewiesen ist, daſs das den Seifen beigefügte Malzextrakt ähnlich wie die sonst gebräuchliche Entfettung die schädigende Wirkung des freiwerdenden Alkalis abschwäche. „Hätte Sarason durch Beimischung des Malzextraktes beabsichtigt und auch erreicht, das bei der Hydrolyse freiwerdende Alkali zu binden, also auch beim Waschen neutrale Seife herzustellen, so würde man dies wohl als eine Erfindung, nicht als eine Neuheit und als einen technischen Fortschritt bezeichnen können.“ Mindestens dasselbe erreicht man mit der Albumosenseife, wo das freiwerdende Alkali in statu nascendi als Albumosennatronsalz gebunden wird; dieselbe ist eine neutrale und auch beim Gebrauche neutral bleibende Seife, ist absolut reizlos und kommt dem Prinzip der überfetteten Seife, wie sie für den Ekzematiker notwendig ist, am nächsten. Denn Albumose, das Spaltungsprodukt des Eiweiſses, ist in seiner Zusammensetzung der menschlichen Haut auſserordentlich ähnlich, so daſs es „deshalb bessere Dienste leisten wird als Malzextrakt, das hauptsächlich aus Dextrin und Zucker besteht und nur geringe Mengen Eiweiſsstoffe und Phosphate enthält“.

In der „Entgegnung“ verwahrt sich Sarason gegen den Vorwurf, als habe er etwas absolut Neues bringen wollen; er habe nur die Annehmlichkeit und Bequemlichkeit seiner Malzextraktseife ins rechte Licht rücken wollen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Neue Brandmethoden, von Strebel-München. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 40.) Die Brandwirkung, die mit den heute üblichen Brandmethoden erzielt wird, ist eine ungenügende. Die glühenden Metallkörper werden bei Berührung mit dem lebenden Gewebe durch das strömende Blut abgekühlt, so daſs von einer Tiefenwirkung gar nicht die Rede ist. Um diesen Nachteil zu vermeiden, darf die Hitzequelle mit dem Gewebe nicht in Kontakt kommen, sie muſs eine Fernwirkung ausüben, wie es z. B. bei dem Holländerschen Heiſsluftapparat der Fall ist. Das neue Verfahren, welches Verfasser Photokaustik nennt, beruht auf dem Prinzip der Brennglasätzung mittels Sonnenlichtes. Die Wärmestrahlen eines elektrischen Lichtbogens werden mittels eines Hohlspiegels gesammelt und der Lichtkegel auf die zu kauterisierende Stelle gerichtet. Bei Lupus können ausgedehnte Herde in einer Sitzung ohne Rezidiv beseitigt werden. Die Lupusbehandlung mittels Röntgen- und Finsenstrahlen kann durch dieses Verfahren bedeutend unterstützt und abgekürzt werden. Zur Verminderung der Schmerzempfindung verwendet Verfasser metallene Kühlkompressorien mit strömendem Wasser, welche in Form eines Ringes auf die Lupusknoten aufgesetzt werden. — Bei dem Flammenbrandverfahren (Phlogokaustik) desselben Autors handelt es sich um eine aus der Gasleitung entnommene und durch Gebläse hergestellte Spitzflamme, die gegen das zu kauterisierende Gewebe gerichtet wird. Dieses Verfahren, bei welchem die höchsten Temperaturen erreicht werden können, soll hauptsächlich dazu dienen, gröſsere Geschwulstmassen, so auch z. B. oberflächlich gelegene Krebstumoren (inoperabler Brustkrebs) zu zerstören. Während die oberste Schichte zur Verkohlung gelangt, tritt in den tieferen Schichten eine Gerinnung des Gewebes ein, welches sich innerhalb einiger Wochen abstöſst. Die Umgebung wird durch nasse

Watte oder Kühlkompressorium geschützt. Definitives über den Wert dieses Verfahrens läfst sich noch nicht sagen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Zur X-Strahlenbehandlung, von R. J. Ewart-Liverpool. (*Edinburgh med. Journ.* Nov. 1904.) Die Lichtbehandlung bei Lupus mufs in die Finsenlicht- und die X-Strahlenbehandlung geschieden werden. Nur dort, wo der Lupus in seiner ulcerativen Form die Schleimhaut mit ergriffen hat, kommen die X-Strahlen in Frage; bei allen trockenen Formen dagegen spielt die Hauptrolle das Finsenlicht. Zuverlässig ist die Lichtbehandlung bei Lupus gerade nicht, höchstens dann, wenn es schon zu einer mehr oder weniger lebhaften Reaktion gekommen ist. Ist der Erfolg aber einmal da, dann ist er im kosmetischen Sinne stets auch der beste. Die Hauptrolle spielt beim Lupus jedenfalls das Finsenlicht.

Die X-Strahlen kommen in Betracht vor allem bei Ulcus rodens, und dort entschieden mit gutem Erfolge; bei Sarkom aber, und namentlich bei sehr zellen- und blutgefäfsreichen sarkomatösen Tumoren haben die X-Strahlen keinerlei Einflufs, allenfalls noch im Sinne einer Schmerzstillung; doch ist eine solche durch X-Strahlen erzeugte Schmerzstillung nicht anders als eine durch Morphium bezweckte. Höchstens noch bei chronischen — Spindelzellen- — Sarkomen wäre ein Versuch mit X-Strahlen gerechtfertigt, schon weil man nicht so leicht den Zeitpunkt einer noch rechtzeitigen Exstirpation dabei verpassen kann. Bei Sykosis aber und bei Leukämie kamen die X-Strahlen mit Vorteil noch zur Anwendung, bei letzterer wurde ein Zurückgehen der Milzschwellung und eine Besserung des Allgemeinbefindens erreicht.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Die Gleichmäfsigkeit der Röntgenreaktion, von G. Holzknecht-Wien. (*Fortschr. f. Röntgen.* VIII. 2.) Die allgemeinen physikalischen und geometrischen Erwägungen und die Ergebnisse der Empirie haben zu Regeln über die Röhrenstellung geführt, deren wichtigste folgende sind:

Die Intensität jedes von einem Punkte ausgehenden fokalen, in einer Kugelwelle verlaufenden Lichtes nimmt mit dem Quadrat der Entfernung ab. Ein Strahl wird also um so schwächer, je länger der Weg ist, den er zurückgelegt hat. Zwei Strahlen treffen daher mit verschiedener Intensität auf der bestrahlten Fläche ein, wenn ihre Wellenlänge verschieden war. Das trifft aber bei der Röntgenbehandlung fast immer zu. Denn nur, wenn wir mit unserer fokalen Lichtquelle ein Stück einer Hohlkugelfläche bestrahlen, können alle Strahlen vom Fokus bis zur bestrahlten Fläche gleich lang sein, nämlich so lang wie der Radius, nach dem jene gekrümmt ist. Wir haben es aber nur selten mit annähernd konkaven Bestrahlungsfeldern (Kniekehle, Achselhöhle), sondern fast immer mit annähernd ebenen oder annähernd konvexen Flächen zu tun. Vergegenwärtigt man sich durch einige konstruktive Skizzen die Weglängen der Strahlen zu den einzelnen Punkten solcher Flächen, so erkennt man, dafs z. B. der Rand und die Mitte des Bestrahlungsfeldes von verschieden langen Strahlen getroffen werden. Die Intensität derselben ist daher auch verschieden grofs, die Bestrahlung mufs also ungleichmäfsig sein. Man merkt dabei aber auch, dafs sie immerhin weniger ungleichmäfsig ist, wenn die Lichtquelle 1. senkrecht über der Mitte des Bestrahlungsfeldes aufgestellt ist, und 2. wenn sie hoch über dem Bestrahlungsfeld steht. Wenn man diese Vorteile benutzt, so gelangt man zwar, da diese unmöglich ist, zu keiner absoluten, wohl aber zu einer genügenden, relativen Gleichmäfsigkeit und kommt bei diesbezüglichen Versuchen empirisch zu folgenden Regeln: 1. Die Röhre wird mit dem Fokus senkrecht über die Mitte des zu bestrahlenden Feldes gestellt, und zwar 2. bei ebenen oder annähernd ebenen Flächen doppelt so hoch, als der längste Durchmesser des Herdes beträgt, bei konvexen noch höher. Man geht über 30 cm Röhrendistanz nicht hinaus, teilt die zu grofse Fläche in entsprechend kleinere Teile ein

Digitized by Google

und bestrahlt sie aus entsprechend kleinerer Entfernung nacheinander, als ob es sich nur um so kleine handelte, aber ohne dabei die anderen noch zu bestrahlenden oder schon bestrahlten Teile mit Schutzmaterial zu bedecken, also ohne Überkreuzung der Einzelbestrahlungen. Wer die genügende Gleichmäſsigkeit der Bestrahlung, wo sie notwendig ist, vernachlässigt, erhält ungleichmäſsige Reaktionen, also z. B. am Rande des Bestrahlungsfeldes zu niedrige, oder in der Mitte zu hohe. Wer gröſsere Entfernungen als die für die genügende Gleichmäſsigkeit zulässigen wählt, vermehrt unnützerweise die Dauer oder Zahl der Bestrahlungen.

Die Verteilung der Röhrenstellung auf gröſseren, regelmäſsigen und unregelmäſsigen Feldern, an deren mannigfaltigsten Formen uns die Pathologie stellt, ist in Beispielen dargestellt. Nicht die richtige Definierung, welche technisch leicht ausführbar ist, nicht die Kürze der Bestrahlungszeiten, die vom leicht erlernbaren, rationellen Röhrenbetrieb abhängt, sondern die Gleichmäſsigkeit seiner Reaktionen wird den technisch vollkommenen Radiotherapeuten von dem anderen unterscheiden, an ihr wird die Sorgfalt, mit der gearbeitet wurde, gemessen. Denn die so vielgestaltige Oberfläche des Körpers mit ihren individuellen Varianten wird gerade die feinste Gleichmäſsigkeitstechnik in geometrische Regeln zu pressen nie erlauben.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ein Beitrag zur Röntgentherapie, von R. Hahn-Hamburg. (*Fortschr. f. Röntgen.* VIII. 2.) Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf blutleere Bezirke ist eine intensivere. Solche Blutleere erlangt man im Gesicht durch Adrenalin-Eukain-Injektionen. Bei dieser voraufgehenden Einspritzung flachen die wallartig aufgeworfenen Ränder lupöser Stellen unter Bestrahlung mit X-Strahlen viel schneller ab. Ebenso heilen Ulcerationen nach Röntgenstrahlen viel schneller ab, wenn man dieselben mit Eosin einpinselt. Die Technik ist einfach, man pinselt die Geschwürsfläche mit Eosinlösung ein, legt darüber eine einfache Lage von Verbandgaze, welche man im Laufe des Tages mehrere Male mit der Eosinlösung anfeuchtet, während der Patient sich möglichst intensiv von der Sonne bescheinen läſst. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Indikationen der Behandlung mit Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von W. Scholtz-Königsberg. (*Fortschr. f. Röntgen.* VIII. 2.) Sch. teilt die verschiedenen Dermatosen, bei denen die Röntgenbehandlung Anwendung findet, in vier Gruppen:

1. Neubildungen der Haut (Carcinome, Sarkome, Mykosis fungoides, Verrucae, Angiome, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes).
2. Haarkrankheiten (Hypertrichosis, Favus, Trichophytie, Folliculitis, Sycosis, Acne vulgaris).
3. Entzündliche Dermatosen (Ekzem, Lichen chron. simpl., Psoriasis, Lichen ruber).
4. Juckende Dermatosen (Pruritus, Prurigo).

Bei Carcinomen ist die Röntgenbehandlung am Platz bei nicht mehr operablen Fällen, ulcerierten Cancroiden und prophylaktisch, um Rezidiven vorzubeugen nach Operationen, ebenso empfiehlt es sich bei inoperablen Sarkomen und Mykosis fungoides, doch wirken bei kleinen Tumoren Radiumstrahlen besser. Beim Lupus ist die Finsenbehandlung vorzuziehen, oder eine Kombination beider, während Röntgen bei Lupus erythemathodes und Angiomen nur zu versuchen ict, wenn alle anderen Methoden versagten; auch bei Warzen ist sie nur im Notfall zu versuchen, dagegen erreicht man bei Keloiden oft eine Abflachung.

Bei Haarkrankheiten wirken die X-Strahlen enthaarend, sind also bei Favus, Trichophytie und hartnäckiger Sykosis durchaus am Platze, während sie bei Acne vulgaris nur in hartnäckigen Fällen zu versuchen sind, ebenso wirkt das Verfahren bei Hypertrichosis sehr langsam.

Digitized by Google

Beim chronischen psoriatiformen Ekzem wirken die Strahlen günstig, ebenso bei Psoriasis vulgaris, die schnell reagiert, besonders die einzelnen Plaques und die Psoriasis der Hände und bei hartnäckigen Fällen von Lichen chronicus VIDAL; unterstützend finden sie auch beim Lichen ruber planus Verwendung und wirken auch beim Pruritus und Prurigo juckstillend.

Jedenfalls sind die X-Strahlen ein brauchbares therapeutisches Mittel bei den verschiedensten Dermatosen; überlegen den bisherigen Behandlungsmethoden ist die Anwendung der Röntgenstrahlen bei manchen Cancroiden, hartnäckiger Psoriasis der Hände, Lupus vulgaris und Favus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

X-Strahlentherapie bei Hautkrankheiten, von G. E. PFAHLER - Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Aug. 1904.) Bericht über einige mit Erfolg bestrahlte Fälle von Naevus, Lupus vulgaris, Lippenepitheliom, Morphaea und Akne.

A. Loewald-Kolmar.

Finsenlicht und Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Hautkrankheiten, von JAY F. SCHAMBERG - Philadelphia. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Jan. 1904.) Die Lichtbehandlung nach FINSEN nahm SCH. mit der sog. Londoner Lampe, welche einer Modifikation der in Frankreich von LORTET und GENOUD eingeführten ist, vor; von den zwölf Patienten, welche in Betracht kommen — drei weitere schieden zu frühzeitig aus —, waren sieben mit Lupus vulgaris und fünf mit Lupus erythematosus behaftet, sie wurden im ganzen in 880 Sitzungen behandelt. Besserung wurde zwar bei einigen erzielt, Heilung aber in keinem einzigen der Fälle, die grofsenteils zu den veralteten zu rechnen waren. SCH. führt diese Mifserfolge nicht auf die Lichtbehandlung an sich, sondern darauf zurück, dafs die modifizierten Lampen, welche auf den Markt gebracht werden, eben doch nicht genügende Wirksamkeit besitzen und nicht imstande sind, tiefsitzende Lupusknötchen zu zerstören. Lupus der Schleimhäute, speziell von Nase und Mund, ebenso wie sog. hypertrophischer Lupus ist besser mit Röntgenstrahlen zu behandeln, während die Fälle mit kleinen, im Narbengewebe eingebetteten Knötchen sich für das Finsenlicht eignen würden; beide therapeutischen Mittel sind nach Verfassers Ansicht von grofsem Wert und sollten in gegenseitiger Ergänzung angewandt werden, bis im Laufe der Zeit ihre speziellen Indikationen genauere Präzision erfahren haben werden. Von den anderen Hautaffektionen behandelte er über 100 mit Röntgenstrahlen, und zwar vor allem Epitheliome (Carcinome) 27 Fälle, Ekzema 16, Akne 14, Psoriasis 4 Fälle usw. Von den Hautcarcinomen wurden 13 völlig geheilt, wobei besonders gegenüber anderen Behandlungsmethoden das schöne kosmetische Resultat hervorzuheben ist; ein spezielles Feld für die X-Strahlen sind die kleinen, am Rande der Augenlider, der Nasenflügel und an anderen ähnlichen Körperstellen sitzenden Epilheliome, ferner das um die Orbita sitzende Ulcus rodens, welches für das Messer oft nicht erreichbar ist, während bei tiefsitzenden Haut- und subcutanen Carcinomen Exzision mit nachfolgender Röntgenbehandlung die besten Resultate gibt. Bezüglich der Akne (vulgaris? oder auch anderen Arten ist nicht angegeben. Ref.) hat SCH. in Übereinstimmung mit anderen Dermatologen die Erfahrung gemacht, dafs die X-Strahlen deren beste Behandlungsmethode jetzt sind und in wenigen Sitzungen oft ganz veraltete Fälle geheilt werden. Bei Ekzema sind sie ebenfalls von grofsem Werte, von den anderen Hautkrankheiten sind noch besonders erwähnt Hypertrichosis, Psoriasis, Keloid, Sykosis, Ringworm, Favus der behaarten Körperstellen und viele der mit Hypertrophie verbundenen Dermatosen.

Stern - München.

Über den Einflufs photodynamischer Substanzen auf die Wirkung der Röntgenstrahlen, von R. KOTHE - Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Versuche von Röntgenbestrahlungen nach Sensibilisierung mit Eosin haben gezeigt,

Digitized by Google

dafs die Wirkung der Röntgenstrahlen durch Eosininjektionen in hohem Mafse verstärkt wird. Verfasser hatte therapeutische Erfolge in zwei Fällen multipler Warzenbildungen an den Händen; in anderen Fällen gab es ziemlich schwere Reaktionen. Eine Zukunft der Methode erhofft Verfasser für die Behandlung maligner Neubildungen und tiefsitzender Tumoren. *A. Loewald-Kolmar.*

Therapeutische Verwendung der Kathodenstrahlen, von STREBEL-München. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 39.) Die durch ein LENARDsches Aluminiumfenster aus dem Vakuum herausgetretenen äufseren Kathodenstrahlen sind wohl geeignet, die Röntgen- und Radiumstrahlen zu ersetzen, ja sie haben vor diesen entschiedene Vorteile voraus. Physikalisch haben sie grofse Ähnlichkeit mit den Strahlen des Radiums, und die Bakterienversuche ergaben, dafs sie den Radiumstrahlen anscheinend, den Röntgenstrahlen aber sicher überlegen sind. Die an mehreren Fällen von Lupus und Epitheliomen vorgenommenen therapeutischen Versuche ergaben ein günstiges Resultat. Die nach einer Exposition von zehn Minuten erfolgten Reaktionen traten ähnlich wie beim Radium schon nach fünf bis zehn Stunden ein und hielten mehrere Wochen an. Die Lupusknoten sind nicht mehr zu erkennen und die Epitheliome zeigten Rückgang der Infiltrationen und nach Ablauf der Reaktion glatte Überhäutung.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Therapeutische Versuche mit Radium und sensibilisierenden Substanzen, von RUDOLF POLLAND-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 44.) In der KREIBICHschen Klinik stellte P. bei Ulcus rodens, Melanosarkom, Naevus vasculosus, Haemangioma cavernosum und Lupus vulgaris Bestrahlungsversuche an, und zwar mit Radium allein oder mit sensibilisierenden Substanzen und direktem Sonnenlicht und schliefslich mit sensibilisierenden Substanzen und Radium. Das in der ersten Gruppe verwendete Präparat war 1 g Radiumbromid, bezogen von Buchler & Co., Anilinfabrik in Braunschweig, in der von der Fabrik gelieferten Metallkapsel mit Glimmerplättchen. Auf normaler Haut fand P. nach Exzision des bestrahlten Hautstückes genau dieselben Effekte (Vakuolisierung und ballonierende Degeneration der Zellen des Stratum germinativum, Infiltration und Degeneration des Papillarteiles mit folgender Abhebung der nekrotisierten Epidermis), wie HALKIN; aber für die pathologischen Verhältnisse liefs sich dieser Vorversuch mit meist enttäuschenden Abweichungen verwenden. Das Radium wurde in seiner Kapsel auf den Rand der zu bestrahlenden Partien, die eventuell erst von anhaftenden Borken und dergleichen befreit worden waren, aufgelegt, und zwar täglich einmal, eine halbe, oder eine ganze oder auch zwei Stunden lang, aber eben mit wenig sichtbarem Erfolge. Die Wirkung, namentlich bei Cancroid, konnte hinterher insofern noch genau kontrolliert werden, als sich zweimal nach den Radiumbestrahlungen noch eine Exzision des Cancroids nötig machte. Im ganzen wiesen die Präparate viel Ähnlichkeit mit den von EXNER veröffentlichten auf. Doch vermochte P. eine Bestätigung seiner Ansicht, dafs bei Radiumbestrahlung von Carcinomknoten zunächst eine Bindegewebsvermehrung stattfinde, durch welche die Carcinomzellnester nach Art eines Druckschwundes verdrängt werden, nicht finden. Bei den hier untersuchten (Epithelioma), an sich relativ bindegewebsreichen Tumoren nimmt das Bindegewebe zwar einen breiten Raum ein, es befindet sich aber in demselben Degenerationsstadium wie die Krebszellen. Ja, es fanden sich in den P.-Präparaten sogar einige ziemlich oberflächlich gelegene Zellnester, deren Zellen ganz gut erhalten waren; es tritt daher auch in diesem Falle eine elektive Wirkung des Radiums nicht zutage.

Aber eine andere Möglichkeit der Radiumeinwirkung wollte P. nicht unversucht lassen, nämlich die Einwirkung auf die mit bestimmten Farben vorbereitete bezw. imbibierte Haut. Es gibt Substanzen, die nach den Erfahrungen schon der Photo-

graphie dem animalischen Gewebe die Fähigkeit verleihen, auch die Strahlen des grünen und roten Teiles des Spektrums zu absorbieren. Solche Stoffe sind unter anderen: Erythrosin, Eosin, Chinolinrot, Cyanin, blaues Alizarinbisulfat. P. machte Versuche mit einer 1 ‰ Lösung von Eosin in steriler physiologischer Kochsalzlösung; die Menge der eingespritzten Lösung betrug je nach der Gröfse des zu behandelnden Herdes 1—3 ccm, die täglich eingespritzt wurden. Als Lichtquelle wurde sowohl die Junisonne als das Radium benutzt. Für das direkte Sonnenlicht wurde durch die intrakutane Injektion der 10‰ Eosinlösung die Absorptionsfähigkeit gesteigert. Irgendwelche toxische, auf das Eosin zurückzuführende Lokal- oder Allgemeinerscheinungen traten nicht auf. Aber eine sichere und dauernde Zerstörung auch des lupösen Gewebes ist selbst bei langdauernder Behandlung nicht zu gewährleisten, und nur die oberflächlichen Ulcerationen epithelisieren unter dieser Behandlung sehr rasch. Die Wirkung des Radiums jedoch wird durch vorausgeschickte Eosineinspritzungen nicht gesteigert; vielleicht ist diese Tatsache so zu erklären, sagt P., dafs die Radiumbestrahlung den übrigen bekannten Strahlenarten nicht analog ist. Sonst, d. i. bei normaler Haut, wirkt das Radium in analoger Weise wie die X-Strahlen oder konzentriertes Sonnen- oder elektrisches Licht zerstörend auf die Gewebe; aber eine elektive Wirkung, eine Zerstörung tiefer liegender Gebilde und eine Zerstörung gröfserer, flächenhaft ausgedehnter Krankheitsherde (wegen zu grofser erforderlicher Mengen an Radium) ist nicht möglich, und dabei ist die Wirkung des Radiums noch inkonstant und zeitweisen Schwankungen unterlegen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Zur Kenntnis der Wirkung der Radiumstrahlen auf tierische Gewebe, von H. Heineke-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 31.) Die von H. angestellten Tierversuche ergaben, dafs die Radiumstrahlen bei langdauernder Einwirkung in der Milz der Mäuse Untergang der Lymphfollikel, Schwund der Pulpazellen und Vermehrung des Pigments verursachen, und dafs sie auch das lymphoide Gewebe durch die intakte Haut hindurch angreifen, indem sie innerhalb weniger Stunden in allen von Strahlen getroffenen Organen Zerfall der Lymphocytenkerne hervorrufen. Milz und lymphoides Gewebe der Tiere reagieren demnach auf die Radiumbestrahlung in derselben spezifischen Weise wie auf die Röntgenbestrahlung.

Götz-München.

Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Radiumstrahlen, von Richard Werner und Georg Hirschel-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 42.) In sechs Fällen von bösartigen Neubildungen (Carcinom, Epitheliom, Melanosarkom) war die Radiumbehandlung erfolglos. Sehr befriedigend dagegen waren die Resultate bei gutartigen Neubildungen (Angiome, Naevi pigmentosi), sowie bei tuberkulösen Hautleiden (Lupus vulgaris und ein Ulcus tuberculosum der Zungenschleimhaut). (Die Verfasser gebrauchen irrtümlicherweise die zusammenfassende Bezeichnung „Tuberkulide“. D. Ref.) Zur Anwendung kamen forzierte Belichtungen, fast tägliche Sitzungen von langer Dauer. Die Verfasser wollten die Art der Benarbung radiogener Ulcerationen studieren, um zu entscheiden, ob nicht eine rasche Methode mit wenigen Sitzungen durchführbar wäre. Es zeigte sich, dafs die so erzeugten Ulcerationen eine mehrwöchige Heilungsdauer beanspruchen, dann aber meist mit vortrefflicher Narbenbildung. Die Wirkung des Radiums beschränkt sich nicht auf die unmittelbar belichteten Stellen, sondern reicht in der Tiefe wie in der Fläche ziemlich weit darüber hinaus. Die Ulcerationen sind manchmal sehr schmerzhaft und müssen mit einer reizlosen Salbe bedeckt werden. Was durch die forcierte Behandlung an Zeit gewonnen wird, geht durch die Dauer der Nachbehandlung wieder verloren; doch läfst sich diese an jedem beliebigen Ort durchführen. — Lupusformen

Digitized by Google

mit allzu dichter Aussaat der Effloreszenzen, sowie ganz oberflächliche Angiome und Naevi raten die Verfasser nur mit kleinen, fraktionierten Dosen zu behandeln. Die energische Methode empfiehlt sich mehr für verrukösen, hypertrophischen und exulcerierten Lupus, sowie für knotige Naevi. Bei dieser Art der Anwendung glauben die Verfasser den kosmetischen Wert der Methode über alle anderen Methoden setzen zu dürfen. Rezidive wurden nach sechs bis neun Monaten nicht beobachtet. — Schliefslich berichten die Verfasser noch, dafs sie in mehreren Fällen beim Lupus nach einmaliger intensiver Bestrahlung konstatierten, dafs die Knötchen früher zerfielen als die Epidermis. Vielleicht läfst sich diese Erfahrung für die Therapie nutzbar machen. — Bei Pigmentnaevi sahen die Verfasser Abblassung im Zentrum, dagegen Verstärkung der Pigmentierung an der Peripherie. Sie fassen diese Erscheinung als einen Reiz, als schädliche Wirkung des Radiums auf, befinden sich aber mit dieser Auffassung wohl im Irrtum. *A. Loewald-Kolmar.*

Eine klinische Mitteilung über Lichtbehandlung nach Sensibilisation, von Forchhammer-Kopenhagen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) In Finsens Lichtinstitut durchgeführte Versuche von Lichtbehandlung des Lupus nach vorausgegangener Sensibilisierung des Gewebes durch Erythrosineinspritzung (Dreyer) haben leider zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt. Die Belichtung war sehr schmerzhaft und von einer sehr intensiven, an Phlegmone erinnernden Reaktion gefolgt. Das therapeutische Resultat stand in gar keinem Verhältnis zu dieser starken Reaktion; in einzelnen Fällen wurden sogar recht schädliche Nachwirkungen beobachtet. Ebensowenig erfreulich verliefen die Versuche bei Lupus der Nasenschleimhaut. Bemühungen, durch Anwendung schwächerer Erythrosinlösung, sowie durch Benutzung schwächeren Lichtes eine weniger intensive Reaktion mit günstigerem Erfolge zu erzielen, wurden in eingehendster Weise angestellt, aber ohne jedes Resultat. Entweder erfolgte die gewöhnliche starke oder gar keine Reaktion. Verfasser warnt nachdrücklich vor weiterer Anwendung der Methode auf ihrem jetzigen Standpunkt.

A. Loewald-Kolmar.

Mitteilungen aus der Abteilung für Lichtbehandlung im Krankenhause St. Göran (Stockholm), von Magnus Möller. (*Nord. med. Arkiv.* 1904. Abt. II. Heft 3. Nr. 10.) Bis zur Abfassung dieser Arbeit wurden 113 Patienten mit Finsenlicht behandelt, und zwar folgende Fälle: Lupus vulgaris 79 mal, Lupus erythematosus 17 mal, Carcinoma cutis 12 mal, Alopecia areata 3 mal, Naevus vasculosus und Acne rosacea 1 mal. Bei den Lupusfällen war in 32 Fällen die Behandlung beendet, von denen 17 geheilt, 10 fast geheilt, 4 gebessert und 1 nicht gebessert war. Die Resultate sind also gut, die Finsentherapie ist kausal wirksam, unblutig und schmerzlos und bewirkt kosmetisch die besten Erfolge von allen Methoden, die Narben werden dünn, blafs und eben. Der Heilungsprozentsatz ist hoch, wenngleich die Resultate nur langsam erzielt werden und die Behandlung kostspielig ist und ein gut geschultes, sehr aufmerksames Personal erfordert. Die anderen Lupusfälle sind noch in Behandlung. Auch beim Lupus erythematosus waren die Resultate befriedigend bei der infiltrierten Form, weniger bei der oberflächlichen Form, von den 13 Fällen der ersten Form sind bisher sechs geheilt, vier gebessert. Die vier Fälle zweiter Form haben keine nennenswerten Fortschritte gemacht. Von den zwölf Carcinomfällen sind sieben geheilt seit 1½ Jahren, nur einer rezidivierte, einer wurde nicht beeinflufst, drei sind noch in Behandlung. Von den drei Fällen Alopecia areata trat nach 60 Sitzungen keine Besserung ein bei einem Fall, bei den anderen beiden trat schnell ein Wiederwachsen der Haare nach Beginn der Lichtbehandlung ein. Auch ein Fall von Acne rosacea wurde nach 52 Sitzungen kombiniert mit Naphtolseife-Schwefelpaste günstig beeinflufst, ebenso wurde der Naevus vascularis nach 64 Sitzungen innerhalb von vier

Digitized by Google

Monaten bleicher, aber doch nicht normal der Hautfarbe. Tabellen und Photographien illustrieren den Bericht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine Übersicht über die Behandlung einiger Hautaffektionen mittels des Finsenschen Lichtapparates, von M. Morris - London und S. E. Dore - London. (*Tuberculosis.* Vol. 3. Nr. 10.) Verfasser haben seit 4½ Jahren mit Finsenlicht gearbeitet. Sie fanden dasselbe namentlich bei nicht ulceriertem Lupus erfolgreich, während sie für die ulcerativen Fälle entschieden die Röntgenstrahlen als wirksamer vorziehen. Auch bei Lupus erythematodes, Ulcus rodens im Stadium vor der Geschwürsbildung, sowie bei pigmentiertem Naevus, seborrhoischen Warzen und bei einigen Fällen von warzigen Gebilden, welche vielleicht als Ulcus rodens im Anfangsstadium aufzufassen waren, erwies sich die Finsensche Behandlung als nützlich. Die Methode ist zwar nicht als ein für alle Fälle von Lupus vulgaris stets ausreichendes Mittel zu erachten, aber jedenfalls als eine unzweifelhafte, höchst wertvolle Beihilfe. Es ist vor der Verwendung minderwertiger Apparate, besonders wenn sie kein Sammeln der Strahlen im Brennpunkt bewirken, zu warnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Praktische Notizen über Salben, ihre Anwendung und ihren Mifsbrauch, von L. Duncan Bulkley-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 20. Aug. 1904.) Sehr lesenswerte Mitteilungen, die aber dem Spezialarzt nichts Neues bringen.

A. Loewald-Kolmar.

Über offene Wundbehandlung nach Transplantationen, von Brüning - Freiburg i. B. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 30.) Verfasser hat Transplantationen nach Thiersch gleich im Anschlufs an die Operation offen behandelt und damit gute Erfahrungen gemacht. Am besten läfst man den Patienten einige Stunden auf dem Operationstisch liegen, bis die Verklebung der Läppchen mit der Unterlage so weit ist, dafs sie sich nicht mehr gut verschieben können. Bei günstiger Lage der Wunde und bei ruhigen Kranken wird die transplantierte Fläche auch des Nachts der Lufttrocknung ausgesetzt, im anderen Falle ein Verband angelegt. Nach acht Tagen sind die Läppchen gewöhnlich fest angeheilt. Der Vorzug der offenen Wundbehandlung besteht darin, dafs das Wundsekret die Läppchen nicht maceriert, da es an der Luft bald trocknet, und dafs die Verbände die Läppchen durch Verschieben und Abheben nicht schädigt. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Über plastische Deckung von Hautdefekten an den Gelenken, von Arthur Beer. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1903.) Es ist für plastische Deckung von Hautdefekten über Gelenken zu empfehlen, gestiehlte Lappen — zweckmäfsig einer entfernten Körpergegend entnommen — zu verwenden. Das Vorhandensein einer den Lappen ernährenden Brücke garantiert für seine Lebensfähigkeit nach Loslösung vom Mutterboden, die Anwesenheit von subcutanem Fettgewebe für seine Vollwertigkeit als Ersatz der normalen widerstandsfähigen und elastischen Bedeckung der Gelenke.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Vergiftung mit Belladonnapflaster, von William E. Sanders-Alta. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 15. Okt. 1904.) Wenige Stunden nach der Applikation eines grofsen Stückes Belladonnapflaster auf die Lendenwirbelgegend stellten sich bei einer alten Frau schwere Vergiftungssymptome, sogar Bewufstseinsstörung, ein. Nach Entfernung des Pflasters und Injektion von Morphium und Pilocarpin erholte sich die Frau wieder. *A. Loewald-Kolmar.*

Mitin, eine neue Salbengrundlage, von Jessner - Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Die „kurze Mitteilung" besagt, dafs Mitin aus einer flüssigen Emulsion einer Wollfettmischung hergestellt ist, indem diese durch Überfettung in eine salbenähnliche Masse verwandelt wurde, die ca. 50 % serumähnlicher Flüssigkeit enthält. Die Salbe soll allen pharmazeutischen und kosmetischen An-

Digitized by Google

sprüchen genügen. Sie kommt als Mitinum purum, Mitinum cosmeticum, Pasta Mitini und Mitin-Hydrargyrum in den Handel. Fabriziert wird sie von Krewel & Co. in Cöln. Ausführlicher Bericht soll folgen. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Verwendung von Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung, von Fritz Burger-Koburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 48.) B. behandelt seit zwölf Jahren alle Rifs-, Säge- und Quetschwunden, deren er sehr viele und sehr schwere zu sehen bekommt, mit Perubalsam; er säubert die Wunden von den gröbsten Verunreinigungen, spült mit Sublimatlösung tüchtig durch, beträufelt dann mit reinem Perubalsam und verbindet mit Gaze, die mit Perubalsam durchfeuchtet ist; der Verband wird jeden zweiten oder dritten Tag gewechselt. Der Erfolg dieser Methode ist ein glänzender, es bilden sich, wahrscheinlich unter dem Einflufs sich abspaltender Zimtsäure, rasch üppige, straffe Granulationen, und die Heilung erfolgt ungemein rasch. — Auch bei schlaffen Ulcera cruris wendet B. den Perubalsam mit sehr gutem Erfolg an. *Götz-München.*

Die akute Sublimatvergiftung. Beitrag zum Studium der Nierenveränderungen im Verlaufe derselben, von Rossi. (*Rif. med.* 1904. Nr. 38 u. 39.) Diese Veränderungen sind zweierlei Art und bestehen in einer Nekrose des Epithels, und in Ablagerungen von Kalkkonkretionen; die erstere Erscheinung ist konstant, die letztere dagegen nicht. Der Ausgangspunkt der Kalkinfiltration befindet sich höchst wahrscheinlich in den Epithelien der gewundenen Kanäle. Es scheint eine Beziehung zu bestehen zwischen der Intensität der Epithelnekrose und der Kalkablagerung und ist offenbar letztere von ersterer abhängig. *C. Müller-Genf.*

Thigenol „Roche" in der Praxis, von J. Brings Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 18.) B. hat das Thigenol „Roche" in einer Reihe von Fällen zur Anwendung gebracht und kommt am Schlufs seiner Mitteilung zu dem Resultat, dafs das Thigenol dem Ichthyol überlegen sei. Die sichere und prompte Wirkung, die Geruchlosigkeit und Unauffälligkeit, die leichte Verwendungsart empfehlen das Präparat von selbst; in der Dermatologie, Chirurgie, bei Nervenerkrankungen und vorwiegend entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane traten nach B. seine antiphlogistischen Eigenschaften, seine Resorptionswirkung, seine Anästhesierungsfähigkeit, Granulationsanregung, sein Desodorierungsvermögen in den Vordergrund. Über die Erfolge des Thigenol bei innerlicher Verabreichung, weifs B. keine eigene Erfahrung mitzuteilen. *Putzler-Danzig.*

Einige Bemerkungen über die Anwendung des Johimbin Spiegel, von E. Toff-Braila. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Aufser bei neurasthenischer und psychischer Impotenz hat Verfasser das Johimbin auch in einem Falle von toxischer Impotenz (bei einem sehr intensiv mit Quecksilber behandelten Syphilitiker) mit Erfolg angewandt. Ferner empfiehlt Verfasser das Mittel auf Grund mehrfacher Erfahrungen in allen Fällen, wo menstruelle Unregelmäfsigkeiten und Beschwerden auf einer ungenügenden Blutzufuhr zu der Gebärmutter beruhen und wo eine eigentliche organische Erkrankung nicht nachweisbar ist. *A. Loewald-Kolmar.*

Angioneurosen.

Beitrag zur Lehre von der Urticaria, von Julius Banner-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 1.) Die Einreibung gewisser Substanzen in die Haut erzeugt typische Urticariaquaddeln, z. B. Äthylenklycol, nachdem man mit Schmiergel die Haut abreibt und das Epithel leicht lädiert. Die Frage, unter welchen Verhältnissen die Urticariaquaddel entsteht, wird verschieden beantwortet. Unna nimmt einen Venenspasmus an, der eine Art circumskripten Stauungsödems zur Folge hat. Neisser ver-

Digitized by Google

tritt die Anschauung, dafs es sich bei der Urticaria, wie bei dem akutem Ödem Quincke, um eine durch Vasodilatorenreizung zustande gekommene arterielle Hyperämie mit gleichzeitiger sekretorischer Transsudationssteigerung aus den Kapillaren handle. Philippson und Török sehen in dem urtikariellen Vorgang einen entzündlichen Vorgang. B. machte seine Versuche an der Schwimmhaut des Frosches mittels Auftropfen von Äthylenklycol, es entstand ein schnell auftretendes und schnell wieder verschwindendes Ödem nach vorhergehender Kapillarerweiterung ohne nachträglich nachweisbare Gewebsstörung; ebenso verhält es sich bei der Menschenhaut, doch ist bei den Fröschen eine gewisse Disposition nötig, damit das akute Ödem durch Äthylenklycol zustande kommt. B. hält die Unnasche Theorie für nicht bestätigt, ob die Ansichten Philippsons oder Neissers richtig ist, kann B. nicht entscheiden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Angioneurotisches Ödem, von R. S. Morris - Ann Arbor. (*Amer. Journ. med. science.* Novbr. 1904.) Es wird hier über zwei Fälle dieser Erkrankung berichtet, von denen namentlich der zweite, einen 21jährigen Stenographen betreffend, interessant war, indem bei einer Ausspülung des Magens nach Ewaldschem Probefrühstück ein gröfseres Stück der Magenschleimhaut unter unerheblicher Blutung entleert wurde. Die mikroskopische Untersuchung des 13 mm langen, 7 mm breiten und 4 mm dicken Fetzens zeigte hochgradiges Ödem des interstitiellen Gewebes mit enormer Erweiterung der Lymphräume und Gefäfse und ausgedehnter Vakuolenbildung im Stroma. Auch an den kleineren Lymphfollikeln war hochgradiges Ödem zu konstatieren. Von Quincke ist ein lokales Ödem des Magens als die wahrscheinliche Quelle der das angioneurotische Ödem begleitenden gastrischen Erscheinungen bereits bezeichnet worden. Die vorliegende Beobachtung zeigt, dafs dies jedenfalls bei manchen Fällen in der Tat sich so verhalten dürfte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neurotrophisches und vasomotorisches Ödem der rechten oberen Extremität, von Testi. (*Riv. Crit. di Clin. med.* 1904. Nr. 43 u. 44.) Der Verfasser betrachtet die Affektion auf Grund seiner Untersuchungen als eine Erscheinungsweise der Syringomyelie, die vom histologischen Standpunkte aus betrachtet sich stets gleich bleibt und nur ihren Sitz in der grauen Rückenmarkssubstanz ändert. Die Symptome nehmen dann entsprechend diesem Sitze eine verschiedene Gestalt an.

C. Müller-Genf.

Die Chlorverbindungen und die Ödeme, von Rénon. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 33.) R. hält gleich vielen anderen neueren Autoren die Ödeme bei Nephritis für eine Folge der Retention von Chlorsalzen. Beim Gesunden entleert sich das Blut, dessen Gestalt an Salz in der Norm immer der gleiche ist, des Überschusses an Chlorverbindungen durch die Nieren; sind diese aber krank, dann wird die Ausscheidung der Salze mit dem Harn unmöglich, sie werden im interstitiellen und im Bindegewebe abgelagert, ziehen Wasser an und verursachen so Ödeme. Vermindert man nun den Salzgehalt der Nahrung, dann sinkt auch der Salzgehalt des Blutes, es werden Salze aus den ödematösen Geweben ins Blut aufgenommen, und die Folge ist, dafs die Ödeme allmählich verschwinden. Umgekehrt kann man bei Nephritikern durch reichliche Salzzufuhr Ödeme erzeugen. Daher müssen auch die Injektionen physiologischer Kochsalzlösung in all den Fällen vermieden werden, in denen die normale Menge oder gar im Überschufs von Chlorsalzen im Körper vorhanden ist; dagegen wirken diese Injektionen nach Blutungen und bei mangelhafter Ernährung vorzüglich, weil in beiden Fällen das Blut arm an Salzen ist. *Götz-München.*

Über das harte traumatische Ödem des Handrückens, von Reiske-Hildesheim. (*Ärztl. Sachverständigen-Ztg.* 1904. Nr. 6.) Die Symptome des harten Handrückenödems sind eine nach einem Trauma entstehende harte Anschwellung der

Digitized by Google

Weichteile des Handrückens, die leicht rezidiviert, jeglicher Behandlung zu trotzen scheint, zu Bewegungsstörungen der Finger führt und so den Gebrauch der Hand beeinträchtigen kann.

Bei drei der beschriebenen Fälle war das Trauma ein direktes (einmal eine Kontusion und in zwei Fällen Auffallen auf die Hand), bei Fall IV war die Verletzung mehr eine indirekte und bestand in Überstrecken des Handgelenks beim Armbeugen und -strecken aus Stützstellung am Querbaum. Alle vier Fälle verliefen fast schablonenmäfsig gleich. Dem Trauma folgte ein schmerzhaftes Anschwellen des Handrückens; es traten Zirkulationsstörungen der Haut, welche ein blaurotes Aussehen bekam, auf und schliefslich wurde das Krankheitsbild durch eine ausgesprochene Bewegungsstörung, und zwar hauptsächlich des Beugevermögens der mittleren drei Finger beherrscht.

Nach der Ansicht des Verfassers liegt beim harten Ödem: 1. eine trophische Störung der Haut; 2. Hyperplasie des subcutanen Bindegewebes mit fibrös-sklerosierenden Prozessen; 3. Tendovaginitis serofibrinosa chronica der Fingerstrecksehnen; 4. ein periostitischer und möglicherweise auch knochenatrophischer Prozefs vor.

Differentialdiagnostisch hat man Verletzungen der Handwurzelknochen, Bruch und Fissur und tuberkulöse Prozesse auszuschliefsen.

Die Prognose ist quoad berufliche Erwerbsfähigkeit vorsichtig zu stellen. Therapeutisch werden 15%ige alkoholische Thiosinamininjektionen in Verbindung mit Heifsluftbädern empfohlen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Zur mechanischen Behandlung der Ödeme, von Carl Colombo-Rom. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 40 und *Rivist. internaz. di terap. fisica.* 1904. Nr. 10.) Die Massage der Ödeme besteht nach C. aus zwei Mafsnahmen, welche zur Gruppe der „Druckmanöver" gehören, und welche von ihm als „armbandförmige Drückung" und „zeitliche, ausdrückende Bandage" genannt werden. Die erstere ist dazu bestimmt, auf voluminöse und nicht allzu harte Ödeme einzuwirken, welche ihren Sitz besonders an den unteren Extremitäten vom Knie bis zum Fufs haben. Die seröse Flüssigkeit in den Geweben soll aus dem Netz der Zellenelemente heraus- und in die Zwischenräume des Bindegewebes hineingedrängt werden, wo sie in die Lymphgefäfse und Venen mündet und so zum allgemeinen Kreislauf wiederkehrt. Zu diesem Zweck stützt der Operateur das ödematöse Glied auf eine besondere Unterlage, ergreift die betreffende Extremität mit einer oder beiden Händen, je nach dem Umfang, umfafst mit der Volarfläche der Hand und der Finger ein Segment der Extremität, das der Wurzel am nächsten ist und übt einen allmählich anwachsenden Druck aus, unter dem das Ödem nachläfst, bis sich eine ziemliche tiefe, kreisrunde Furche gebildet hat; das wird bei einem Druck von 30—40 Sekunden Dauer erreicht. Danach werden die Hände etwas weiter nach unten geschoben, indem sie mit diesem lebenden Ring ein unmittelbar unter dem vorher komprimierten stehendes Segment derartig umfassen, dafs die obere Grenze dieses Segments der unteren Grenze der Furche, die durch den vorhergehenden Druck gebildet wurde, entspricht. Dann zeigt sich, dafs die in diesem zweiten Segment befindliche Flüssigkeit unter dem Druck nachgebend, sich nicht nach unten verschiebt, wo die ödematösen Gewebe einen grofsen Widerstand entgegensetzen, sondern dafs sie sich in der dem oberen Segment entsprechenden Furche ansammelt und die durch den vorhergehenden Druck freigemachten Räume des Bindenetzes einnimmt. Daher erscheint auch am Ende der zweiten Drückung die erste Furche weniger tief als die durch den zweiten Druck gebildete, während sie sich weniger hart anfühlt als vor der Pression. Auf diese Weise wird dann fortschreitend die ganze Extremität behandelt; am Ende der Operation ist das Odem weniger hart, die Gewebe nachgiebiger, der gröfste Umfang der Extremität um ¹/₈

Digitized by Google

bis 1 cm kleiner geworden. Dieses Manöver wird zwei- bis dreimal wiederholt, bis die Extremität ein fast normales Aussehen hat und der Umfang um 3—4 cm vermindert ist. In Fällen, wo das Ödem sehr hart ist, genügen die armbandförmigen Drückungen nicht mehr, man mufs dann vielmehr zur „zeitlichen ausdrückenden Bandage“ seine Zuflucht nehmen, um die Aufsaugung der Ödeme zu bewirken. Zu diesem Zweck stützt der Operateur vorschriftsmäfsig die ödematöse Extremität und zieht eine starke Leinewandbinde 3—5 m lang und 7—8 cm breit, fest vom Ende des Gliedes nach der Wurzel so, dafs die spiralförmigen Einwicklungen der Binde dachziegelförmig stattfinden. Genügt diese dachziegelförmige Anlage mit nur zur Hälfte bedeckten Spiralwinden nicht, so wird die Dachziegelform verengert, d. h. die untere Spirale wird von der oberen zu $^2/_3$ oder $^3/_4$ bedeckt. Nach 50—70 Sekunden wird die Binde abgenommen und die Operation 2—3—4 mal wiederholt. Der Grund, weshalb man bei dem „armbandförmigen Druck“ von der Wurzel nach dem Ende und hier umgekehrt verfährt, ist folgender: Wenn man beim „armbandförmigen Druck“ am Ende des Gliedes anfangen wollte, so würde die Flüssigkeit oben einem starken Hindernis begegnen, das eben von dem Ödem selbst gebildet wird, welches alle interstitiellen Räume und Lymphwege des Unterschenkels bis zum Knie versperrt, und sie müfste sich nach unten hin verbreiten, begünstigt durch das Gravitationsgesetz, dafs aber dadurch der Zustand des Ödems verschlimmert würde, ist leicht verständlich. Anders liegt die Sache mit der „zeitlichen, ausdrückenden Bandage“; die enorme Druckkraft, welche mit der Binde ausgeübt werden kann, überwindet gleich anfangs leicht den Widerstand, den ihr das Ödem entgegensetzt und später, je weiter die Manöver nach der Wurzel fortschreiten, desto weniger wird die Flüssigkeit oben einen Widerstand finden als nach unten zu, wo die feste Wicklung der Binde geradezu jeden Weg der zentrifugalen Verbreitung ausschliefst. Dies wird um so leichter geschehen, wenn die Bandage auf einige Manöver der armbandförmigen Drückungen folgt und in angemessenen Massagemanipulationen an den weichen Geweben des Oberschenkels eine Vorbereitung gefunden hat. Keine andere klassische massotherapeutische Manipulation ist nach C. imstande, ein ähnliches Resultat hervorzubringen. Sehr vorteilhaft wäre die leichte Effleurage um die Wicklung dieser beiden Drückungen eventuell Wicklungen zu vervollständigen, indem sie die örtliche Zirkulation bewirkt, die interstitielle Spannung in allen Geweben der Extremität ins Gleichgewicht bringt und so die Aufsaugung des Ödems erleichtert. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von Erythema annulare perstans, von Arno Bellmann. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Wie bei der Urticaria ein Unterschied zwischen den chronischen und persistierenden Formen gemacht wird, so erscheint es dem Verfasser auch notwendig, bei den Erythemen in gleicher Weise die häufig rezidivierenden und in diesem Sinne als chronisch zu bezeichnenden Formen von jenen zu differenzieren, welche durch einen mehr oder weniger unveränderten Bestand lange Zeit hindurch sich auszeichnen. — Er gibt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Erythema annulare perstans bei einem dreijährigen Knaben und bespricht im Anschlufs an seinen Fall die Literatur dieser Affektion. *Fritz Loeb-München.*

Differentialdiagnose zwischen den Erythemen infolge von Seruminjektionen und den infektiösen Exanthemen, von Mya. (*Accad. med.-fisica fiorentina.* April 1904.) Die Erytheme nach Injektionen von Diphtherieserum zeigen meist den Typus der Urticaria; zuweilen aber auch treten sie in Gestalt von Scharlach- oder Masernexanthemen auf. In den letzteren Fällen erhält die Frage ihre praktische Wichtigkeit in bezug auf die Prophylaxe und handelte es sich darum, ein Mittel zu finden, um die beiden Kategorien von Erythemen von einander zu unterscheiden. Dieses Mittel glaubt Verfasser in den Resultaten der Untersuchungen von Francioni

Digitized by Google

gefunden zu haben. Nach denselben soll das Blutserum von Patienten mit Diphtherieserum ein spezifisches Eiweifspräcipitat liefern, wenn das zu untersuchende Erythem nicht ein infektiöses, sondern durch das Diphtherieserum verursachtes ist. Handelt es sich um ein akutes infektiöses Exanthem, so bleibt die Reaktion aus.

C. Müller-Genf.

Exanthem infolge von Cerebringebrauch, von Gaucher und Druelle. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 29.) Bei einem 37jährigen Manne, bei dem Antipyrin schon wiederholt erythematös-bullöse Exantheme hervorgerufen hatte, entstand nach einmaligem Gebrauch von Cerebrin, einem Präparat von inkonstanter Zusammensetzung, das aber fast immer Antipyrin enthält, an verschiedenen Hautpartien unter heftigem Jucken grofse, von einem roten Hof umgebene, von zitronengelber seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen und ausgedehnte, dunkelrote Flecken. Auch am harten Gaumen bildeten sich Blasen, die miteinander konfluierten und aufbrachen, so dafs eine grofse Erosion entstand. Der Fall beweist, dafs Menschen, die eine Idiosynkrasie gegen Antipyrin besitzen, auch antipyrinhaltige Präparate meiden müssen.

Götz-München.

Ein Arzneiexanthem nach Aspiringenufs, von J. B. Heinrich - Lauterberg. (*Der Frauenarzt.* 1904. Nr. 8.) H. hatte wegen einer periodisch in heftigen Anfällen auftretenden Polyarthritis rheumatica 10,0 Aspirin auf vier Tage verteilt, genommen, so dafs er pro die 4, 3, 2 und 1 g nahm. Erfolg prompt. Nach acht Tagen Rezidiv, darauf wieder innerhalb vier Tagen 10 g Aspirin in derselben Verteilung und dann weiter prophylaktisch 1,0 pro die. Etwa am zehnten Tage der Kur nach ca. 15 g Aspirin Auftreten eines ohne Jucken und Fieber verlaufenden Miliariaausschlages, der anfangs nur die untere Hälfte des linken Handrückens einnahm und sich als ziemlich hartnäckig erwies. Nach viertägigem Bestehen wanderte das Exanthem in Supinationsrichtung weiter und überzog schliefslich über den unteren Ulnarrand der Hand weg das distale Drittel des Unterarms an der unteren Flexionsseite. Abheilung des Exanthems nach 14 Tagen ohne jede Störung des Allgemeinbefindens.

Putzler-Danzig.

Abschuppen im Gefolge von Ptomain - Vergiftung, von P. T. Goodman-London. (*Lancet.* 11. Juni 1904.) Die auf dem Genufs von ungesunden Fischen beruhenden Vergiftungserscheinungen äufserten sich bei den Patienten, einer Familie von sieben Personen, durch intensive Schmerzen im Abdomen, Erbrechen, Kollaps, kalten Schweifs und (bei zwei) Diarrhoe. Die Kranken genasen alle. Irgendein Ausschlag wurde zu keiner Zeit bemerkt. Etwa acht Tage später wurde bei den Kindern und in geringem Grade auch bei der Mutter eine grofslamellöse Abschuppung, namentlich an der Palmarfläche der Hände und an den Fufssohlen konstatiert, so dafs der Verdacht auf Scharlach begründet erscheinen konnte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur frühzeitigen Diagnose der Pellagra, von Lucatello. (*Rivista med.* 1904. Nr. 9.) Dieses diagnostische Hilfsmittel besteht in folgendem Verfahren: Es werden einem Kaninchen 40 ccm Blut von einem Pellagrösen injiziert. Nimmt man sodann 1 ccm Blutserum von einem solchen Tiere und vermischt man es mit 3 ccm Blutserum von einem Pellagrösen, so entsteht eine Trübung, die immer mehr an Intensität zunimmt und nach sechs Stunden zu einem reichlichen Präzipitate führt. Die Trübung entsteht auch, wenn man Blutserum von nicht pellagrösen Individuen mit dem ersteren mischt; sie verschwindet aber rasch. *C. Müller-Genf.*

Zur Serotherapie der Pellagra, von Antonini und Mariani. (*Rif. med.* 1904. Nr. 36.) Die Verfasser glauben auf Grund ihrer Experimente an Tieren folgende Behauptungen aufstellen zu können: Es gibt eine auf natürlichem Wege erworbene Immunität und eine spezifische antitoxische Kraft gegen die im Mais enthaltenen

Digitized by Google

Gifte im Blute der von der Pellagra geheilten Individuen. Kaninchen, Ratten und Ziegen lassen sich gegen Pellagratoxine künstlich immunisieren. Die Serotherapie läfst sich mit Vorteil bei schwerer Pellagra verwerten. *C. Müller-Genf.*

Bromoderma pustulosum fungoides, von Chirivino. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1904. Nr. 20.) Es handelt sich um einen jüngeren Epileptiker, der nach und nach ganz unregelmäfsige Dosen Bromkalium eingenommen hatte. Es entwickelte sich bei ihm eine über den ganzen Körper ausgebreitete Eruption in Gestalt von miliaren- bis linsenförmigen Bläschen und Pusteln, die sich zu gröfseren Blasen, follikulären Pusteln, Knoten und Cutisinfiltraten entwickelten, die sich immer mehr ausbreiteten und sich stellenweise zu framboësieartigen Tumoren umwandelten. Histologisch mufste die Affektion als eine Dermatitis aufgefafst werden, die von entzündlichen Gefäfsveränderungen ausgegangen war. Im Cutisgewebe war auch da schon Suppuration nachzuweisen, wo noch keine Epidermisabhebung und Bildung einer Blase eingetreten war. Bei dem Patienten bestanden aufserdem nicht unerhebliche Magenstörungen mit Hyperchlorhydrie und heftiger Cardialgie. Diese Hyperchlorhydrie hat offenbar bei der Entstehung der Eruption eine wichtige Rolle gespielt, und empfiehlt daher der Verfasser, vor dem Beginne der Brombehandlung den Magensaft auf Überschufs von Salzsäure zu untersuchen, während der Kur den Gebrauch oder Mifsbrauch von Säuren (Zitronen) zu verbieten, falls Hyperchlorhydrie besteht, dieselbe auf physiologische Proportionen zu reduzieren, bei eingetretener Eruption die Bromtherapie einzustellen und gleichzeitig Wismutpräparate zu verabreichen.
C. Müller-Genf.

Zur Kasuistik der spontanen und artefiziellen Hautgangrän auf nervöser Grundlage, von Carl Hollstein-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Verfasser berichtet über einen Fall von echter Raynaudscher symmetrischer Spontangangrän, sowie über eine hysterische Person, bei der scheinbar ohne jede Veranlassung an den verschiedensten Körperstellen Pustel- und Gangränbildungen auftraten, die jahrelang rezidivierten, bis ihre artefizielle Entstehung durch Verätzung mit 50% Chlorzinklösung nachgewiesen werden konnte. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von akuter diffuser Gangrän, von J. Watson-Newbury. (*Lancet.* 3. Dez. 1904.) Ein elfjähriger Knabe erlitt eine komplizierte Fraktur des unteren Drittels des Vorderarms. Die etwas verspätet unter antiseptischen Mafsregeln durchgeführte Reposition schien anfangs von gutem Erfolg begleitet zu sein, aber in weniger als zweimal 24 Stunden nach erlittenem Unfall war der ganze Vorderarm schwarz verfärbt, ödematös und mit Blasen an verschiedenen Stellen bedeckt. Das untere Drittel des Oberarms war auch infiltriert. Die sofort vorgenommene Amputation war trotz zeitweiliger ödematöser Schwellung des einen Hautlappens von gutem Erfolg begleitet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die primäre Purpura der kleinen Kinder, von Simon. (*Gazette des Hôpitaux.* 1904. Nr. 78.) Der Verfasser gibt die Beschreibung der drei Formen, unter denen sich die primäre Purpura bei den kleinen Kindern zeigt: 1. die primäre infektiöse Purpura, die in ihrer schwersten Form Henochsche Krankheit heifst; 2. die Purpura rheumatica oder Schönleinsche Krankheit, und 3. die Werlhofsche Krankheit. Bringt nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Purpura annularis telangiektodes, von Majocchi. (*R. Accad. di Scienze di Bologna.* Mai 1904.) Es handelt sich um jene neue Form von Purpura, welche der Verfasser bereits im Jahre 1898 beschrieben und welche sich durch folgende Merkmale charakterisiert: Punkt- bis linsenförmige rosa- oder lividrote Flecken, die aus kapillaren Ektasien mit nachfolgender Hämorrhagie und ohne vorausgehende Hyperämie, sowie ohne merkliche Infiltration der Haut bestehen; dieselben stehen meist in zweifel-

Digitized by Google

loser Beziehung zu den Haarfollikeln. Langsame Entwicklung und Vermehrung. Meist zentrifugale Ausbreitung der Flecken (daher die ringförmige Gestalt). Symmetrische Verteilung der Dermatose. Sitz derselben zuerst an den Gliedmafsen, besonders an den unteren; seltener, und dann erst sekundär am Rumpfe. Jucken fehlt meist, ebenso jede andere subjektive Beschwerde. Gewöhnlich nachfolgende Atrophie und Achromie der Haut, zuweilen Alopecie. In histologischer Beziehung wurden in den zwei neuerdings publizierten Fällen neben dem bereits bekannten Befunde (chronische perivasale Entzündung, perifollikuläre Ektasie der Kapillaren, hämorrhagische und Pigmentherde) eine weitere Erscheinung nachgewiesen: eine obliterierende Endoarteritis der kleinen hypodermalen Arterien. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Icterus neonatorum mit Purpura und langer Hämorrhagie infolge einer Wunde durch Lanzettstich, von Talley. (*Arch. of Pediatrics.* Sept. 1904.) Die Eltern des Kindes waren gesund, ebenso die ersten drei Kinder, das zweite hatte auch Icterus, das vierte war intensiv icterisch und starb bald. Der Patient, das fünfte Kind, wurde normal geboren und bekam bald intensiven Icterus. Am zehnten Tage traten Hämorrhagien unter der Haut auf, die meist hart und erhaben waren, wie wenn ein Blutklumpen unter der Haut läge. Keine Infektion der Nabelwunde. Zwecks Blutuntersuchung wurde ein Lanzettstich in eine grofse Zehe gemacht, und aus dieser Wunde blutete das Kind über acht Tage. Langsame Genesung. Die Blutuntersuchung ergab keine Bakterien, dagegen eine Verminderung des Hämoglobingehalts. *F. Hahn-Bremen.*

Nephritis als Komplikation von Skorbut bei Säuglingen, von G. F. Still-London. (*Lancet.* 13. Aug. 1904.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von ausgesprochener Nephritis bei skorbutischen Säuglingen im Alter von elf resp. acht Monaten. Beide verliefen günstig, aber Spuren von Albumen waren in einem Falle 16 Monate, im anderen wenigstens einige Wochen nach Beseitigung der skorbutischen Symptome vorhanden. Bemerkenswert war das Fehlen von sonstigen Erscheinungen, welche auf ein Nierenleiden bezogen werden konnten. Erklären könnte man eine solche Nephritis vielleicht durch einen Infektionsstoff (dem Verfasser weniger wahrscheinlich), oder als eine sekundäre Wirkung der Stoffwechselstörung, oder auch durch interstitielle Hämorrhagien in den Nieren, welche, wie Barlow hervorgehoben hat, gelegentlich bei tödlichen Fällen von Skorbut der Säuglinge gefunden werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Peliosis rheumatica, von Julius Müller. (Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1904.) Ohne besonderes Interesse. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von tödlich verlaufendem Morbus maculosus Werlhofii, von Grünberger-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 37.) Der Fall zeigte ausgedehnte Haut- und Schleimhautblutungen und nahm einen raschen, tödlichen Verlauf. Aufser den Erscheinungen von hochgradiger Oligocythämie, Oligochromämie, Lymphämie und anämischer Degeneration der Erythrocyten wurden intra vitam im Blute Streptokokken nachgewiesen, die Verfasser jedoch nur als Nebenbefund und nicht etwa als wichtiges ätiologisches Moment für den Morbus maculosus ansprechen möchte.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Zur Kasuistik des Morbus maculosus Werlhofii, von Oswald Moritz-St. Petersburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 63.) Bericht über einen letal verlaufenen Fall von Werlhofscher Krankheit, bei welchem das Verhalten der Hautextravasate besonders auffällig war. Es bestand allenthalben Neigung zu Zerfall: die Epidermis wurde abgehoben, es bildeten sich Pusteln mit hämorrhagischem Inhalt, die in einigen Tagen platzten oder bei Bewegungen zufällig aufgerissen wurden, worauf dann ein tiefes Geschwür zutage trat, das auch nicht die geringste Neigung zu Granu-

lationsbildung zeigte. Besonders gewaltige Zerstörungen bildeten sich, wenn noch Druckwirkung hinzukam; so waren namentlich Hüften, Ellenbogen, Schultern und fast der ganze Rücken eine Geschwürsfläche. Aber auch an der Vorderfläche der Oberschenkel entstanden tiefe Geschwüre aus den Extravasaten. — Der Kopf war vorübergehend der Sitz zahlreicher nufsgrofser Anschwellungen. — Der ungünstige Verlauf ist auf Rechnung einer Rachengangrän zu setzen, die der Ausgangspunkt einer allgemeinen Sepsis wurde. *A. Loewald-Kolmar.*

Traumatische Entzündungen.

Über die Primelkrankheit und andere durch Pflanzen verursachte Hautentzündungen, von E. Hoffmann-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 44.) Bemerkungen über die durch Primula obconica hervorgerufene Primeldermatitis und die durch Lorbeeröl (Oleum lauri), den Giftsumach (Rhus toxicodendron), den von Rhus vernicifera stammenden japanischen Lack und die Früchte von Anacardium orientale und occidentale, die sog. Elefantenläuse, verursachten Hautentzündungen. Bei einer Gärtnersfrau, die viel mit Chrysanthemen (Chrysanthemum indicum) zu tun gehabt, beobachtete H. eine von Fieber, Jucken und Brennen begleitete Dermatitis im Gesicht, an den Armen und Händen, bei zwei Kranken nach und infolge von Applikation der Blätter und Wurzeln von Scilla maritima bläschenförmige Entzündungen an Armen und Händen, endlich bei einem Manne, der Blätter von Thuja occidentalis mit den Fingern zerdrückt und mit diesen dann das Gesicht berührt hatte, eine heftige, von leichtem Fieber begleitete, erysipelähnliche Hautentzündung im Gesicht und an den Händen, die nach zehn Tagen unter ziemlich starker Schuppung abheilte. *Götz-München.*

Die Behandlung der Brandwunden, von A. von Bardeleben-Bochum. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg* 1904. I. Jahrg. Nr. 18.) Nach einleitenden klinischen Erörterungen bespricht Verfasser zunächst die Therapie der Verätzungen, die eine gesonderte Behandlung erheischen. Bei Verätzungen durch Säuren (Schwefelsäure) sind verdünnte Lösungen von Alkalien oder Schüttelmixturen von Alkalien mit Magnesia, Seife oder Kreide aufzutragen, im Notfalle reines Wasser oder besser noch Milch. Die Verbrennungen mit Kalk, Ätzkali und Ätzlauge sind dagegen mit verdünnten Säuren (verdünntem Essig) zu übergiefsen. Übergehend zu den eigentlichen Verbrennungen empfiehlt Verfasser, für den I. Grad Collodium elasticum aufzupinseln. Dasselbe rechtzeitig mehrmals in immer breiterer Schicht aufgepinselt, verhindert gewöhnlich die Blasenbildung. Lassen jedoch die Schmerzen nicht nach oder sammelt sich unter dem Collodium Serum oder Eiter an, mufs es entfernt werden und an seine Stelle ein Verband treten, wie er unten geschildert wird. Auch kühlende Umschläge mit Bleiwasser, Borwasser oder Liquor Burowi sind hier am Platze, oder wenn davon nichts zur Stelle ist, Einstreuen von Mehl.

Beim II. Grade kommt es vor allem darauf an, die Schmerzhaftigkeit zu lindern; ganz ungeeignet hierfür ist das Stahlsche Brandliniment (Kalkwasser mit Leinöl) wegen der Notwendigkeit des zu häufigen Wechselns. B. empfiehlt, sämtliche Blasen zu entfernen und die blofsliegenden Nervenendigungen durch einen Verband von der atmosphärischen Luft abzuschliefsen. Am besten und einfachsten gelingt dies mit der Dr. von Bardelebenschen Wismutbrandbinde. Dieselbe wird lose auf die verbrannten Körperteile aufgelegt, da man immer mit nachträglich eintretender Schwellung rechnen mufs. Gewissermafsen unter einem Verbande soll die Brandwunde zur Heilung geführt werden, ein Verbandwechsel hat sich nur auf solche Stellen zu beschränken, die stark nässen. Vor der Anwendung von Pikrinsäure warnt Verfasser, da er danach

Digitized by Google

Albuminurie beobachtet hat. Nicht zu vergessen ist bei ausgedehnten Verbrennungen, namentlich wenn es sich um den Transport Verunglückter handelt, die Darreichung von Morphium.

Bei der Verbrennung III. Grades tritt aufser der eben genannten Behandlung eine antiseptische, eventuell feuchte in den Vordergrund. Zur Linderung der Schmerzen hat sich das Hebrasche Wasserbett bewährt. Die Nachbehandlung hat nach chirurgischen Prinzipien zu erfolgen.

In der Behandlung der Verbrennungen des Gesichtes macht Verfasser insofern eine Ausnahme, als er hier die Wunden durch Ausschütteln des Wismutgemisches aus der Brandbinde bedeckt, ohne zu verbinden.

Bei Verbrennungen der Bindehaut des Auges durch glühende Körper oder chemisch ätzende Substanzen empfiehlt es sich, sofort Atropin einzuträufeln, um eventuell vorderen Synechien entgegenzutreten. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Über die Behandlung der Brandwunden mit Serumverbänden, von Fleury. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 121.) Brandwunden sind zumeist als infizierte Wunden zu betrachten und wie solche zu behandeln. Die Umgebung ist mit warmem Wasser, Serum, Seife oder Alkohol abzuwaschen, die Wunden selbst mit physiologischer Kochsalzlösung. Die Blasen sind zu öffnen und zu reinigen, der Schorf abzutragen, schliefslich ist mit steriler Gaze, die mit Hayemschem Serum imbibiert ist, zu verbinden. Der Verband ist nach Lage des Falles 1—2—3 mal täglich zu wechseln. Die nach diesem Verfahren behandelten Fälle des Verfassers hatten vorzüglichen Erfolg. Die Narbenbildung erfolgt schnell, ohne erhebliche Spuren zu hinterlassen.

Fritz Loeb-München.

Über Röntgendermatitis spricht Mühsam in der Sitzung der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vom 9. Mai 1904. Er teilt die nach Anwendung der Röntgenstrahlen auftretenden Hauterkrankungen in akute und chronische Zustände, die akuten wiederum in Dermatitiden und Verbrennungen. Die Verbrennungen lassen sich wie die gewöhnlichen Verbrennungen nach drei Graden gruppieren:

1. Grad, charakterisiert durch Ausfallen der Haare, lokale Hyperämie und lokale Temperatursteigerung; 2. Grad, charakterisiert durch Blasenbildung; 3. Grad, charakterisiert durch Nekrose.

Die chronischen Zustände kennzeichnen sich durch Sprödigkeit und Rissigkeit der Haut, in schwereren Fällen, wenn die Hände betroffen sind, werden die Nägel brüchig und splittern, es bilden sich Rhagaden und Ulcerationen, die oft sehr schmerzhaft sind. Die Veränderungen sind die Folge zu langer Dauer der Bestrahlungen und zu häufiger Wiederholung, sowie die Folge zu geringen Abstandes der Röhre von dem betreffenden Körperteil; sie werden am häufigsten bei Technikern und Ärzten angetroffen. Die Röntgenhand ist als feststehendes Krankheitsbild anzusehen. — Der Vortragende berichtet über einen besonders schweren Fall, einen Arzt betreffend, bei dem es zu schweren Nagelveränderungen kam, die die Amputation eines Fingergliedes notwendig machten. Die mikroskopische Untersuchung des Röntgenulcus ergab ausgesprochene Endarteriitis obliterans; die von Gassmann beschriebene Vakuolenbildung in der Intima konnte Vortragender nicht feststellen. — Die Prognose der Hautveränderungen nach Röntgenstrahlen ist, was vollständige Wiederherstellung betrifft, ungünstig, deshalb ist prophylaktisch ausgiebigste Verwendung der Schutzvorrichtungen dringend anzuraten. *A. Loewald-Kolmar.*

Die chronische Röntgendermatitis der Radiologen, von P. G. Unna. (*Fortschr. f. Röntgen.* VIII. Heft 2.) Der Beginn der X-Dermatitis tritt erst später nach der Beschäftigung mit den X-Strahlen ein, sie beginnt mit schwachen Symptomen, steigt an und geht langsam zurück. Sie entsteht überall, doch ist die linke Hand am

Digitized by Google

meisten gefährdet, weil diese berufsmäfsig zur Demonstration und zur Prüfung der Qualität der Röhren als Tastobjekt benutzt wird. Die Beziehung der Dermatitis auf das X-Trauma als zureichende Ursache ist deshalb eine so klare, weil die Lokalisation der Dermatitis in In- und Extensität genau der Stärke und Ausbreitung des Traumas entspricht. Anfangs besteht Rötung und Schwellung des Handrückens und geringes Wärmegefühl resp. Spannungsgefühl, dann folgt die Hyperkeratose in diffuser Form als abnorme Beschaffenheit der Oberfläche, in circumskripter als Warzen- und Schwielenbildung und in weiterer Folge als die davon unzertrennliche Begleitung der Risse (Rhagaden). Diese Symptome an den oberflächlichen Hautschichten werden von allen Beobachtern gleichmäfsig angegeben. über die der tieferen herrscht eine geringere Übereinstimmung. Die Erweiterungen der kapillaren Blutgefäfse der Haut werden nur einzeln erwähnt, es sind punktförmige, unregelmäfsig auslaufende, verästelte und schliefslich sternförmige, dunkelrote bis blaurote Fleckchen, ihrem Charakter nach sind sie stark erweiterte venöse Kapillaren. Auch der Ausfall der Lanugohaare wird nur von drei Autoren erwähnt. Ein ferneres Symptom ist die Verkrüppelung der Nägel. Ein seltenes Spätsymptom ist eine totale Hautatrophie, eine sog. Glanzhaut (Liodermie). Ein grofser Abschnitt ist der Histologie gewidmet. Man sieht, dafs der schädigende Einflufs der X-Strahlen sich nicht immer auf die Blutgefäfse beschränkt, sondern alle Teile der Haut gleichmäfsig trifft. Man kann also nicht einen hypothetisch mit besonderer Empfindlichkeit für X-Strahlen ausgerüsteten Teil der Haut als den primär geschädigten bezeichnen, durch dessen Degeneration alle anderen Symptome sich als sekundäre Folgen ableiten liefsen. Ja, die für die akuten X-Schädigungen der Ulcera mit Vorliebe in Anspruch genommenen Blutgefäfse sieht man bei der chronischen Dermatitis am wenigsten leiden. Ihre Wandungen erscheinen intakt und sind jedenfalls nicht in grober Weise verändert. Klinisch und pathologisch-anatomisch sieht man eine Alteration der Blutverteilung, eine sowohl die Arterien wie die Venen betreffende Blutüberfüllung. Mit dieser geht eine schwere Veränderung aller zelligen und acellulären Gebilde der Haut einher. Die Oberhaut ist stärker verhornt, zum Teil hypertrophisch und zum Krebs prädisponiert, zum Teil atrophisch, stets zu hornigen Auflagerungen in Gestalt von Schwielen und warzigen Bildungen neigend. Die Epithelanhänge atrophieren, allen voran die Haare und Talgdrüsen, dann die Nägel und auch die Knäueldrüsen. In der Lederhaut siedelt sich ein chronisches, interstitielles Ödem an, welches die Kollagenfasern lockert und verdünnt und auch zu einer Atrophie der elastischen Fasern führt. Nur die glatten Muskeln verdicken sich in höchst auffallender Weise. Durch diese Veränderungen der Intercellularsubstanzen tritt eine erhebliche Verschiebung derselben untereinander und damit eine starke Alteration der gesamten Textur der Cutis ein.

Bei dieser Dermatitis ist die Therapie nichtig, die Prophylaxe von Bedeutung. Ferien und Pausen in der Tätigkeit, die Enthaltung von allen Manipulationen in der Nähe der Röhre und des Schirmes, die Abhaltung vagabundierender Sekundärstrahlen, Bedeckung der Hände mit Metallsohlen enthaltenden Handschuhen, Vermeidung des Kontakts mit photographischen Entwicklern und Desinfizientien sind wichtig. Günstig sind warme Waschungen und Handbäder mit ätherischen Zusätzen, Diachylon, Kalodermie, Lanolincreme, Zinkichthyol, Salbenmull. Nachts mufs neben der Einsalbung eine sorgfältige Einpackung der Hände mit Impermeabilien erfolgen (Fettpapier, Guttapercha, Valoleum). Morgens folgt ein Bad mit Einschäumung der überfetteten Salicylseife. Tagsüber bestreicht man die Hände mit einem Wachssalbenstift (Adip. lanae. anhyd. 7, Cerae flav. 3) oder beklebt die Hände mit Zinkoxyd-Pflastermull. Auf diese Weise blassen die Teleangiektasien ab, die diffus roten Flecke werden marmoriert, die roten Adern verdünnen sich langsam. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Digitized by Google

Sandelholzarten und Dermatitis, von G. Bidie-Barmore. (*Brit. med. Journ.* 14. Januar 1905.) Verfasser äufsert auf Grund seiner mehrfachen Beobachtungen in bezug auf die Nutzhölzer Ostindiens seine Überzeugung, dafs die von anderer Seite beschriebene Dermatitis der mit Sandelholz beschäftigten Schreiner auf der Verwendung von Produkten, namentlich aus Porto Rico und San Domingo beruhe. In Ostindien sei ihm während seiner dortigen Militärzeit, trotzdem er sich behufs Abfassung einer Arbeit über die dortigen Nutzhölzer besonders eingehend mit dem Gegenstand beschäftigte, und trotzdem Sandelholz dort viel verarbeitet wird, nichts von einer Dermatitis bei den Arbeitern dort bekannt geworden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Metol als eine Ursache von akuter Dermatitis, von A. Storrs - Southport. (*Brit. med. Journ.* 31. Dez. 1904.) Der 50jährige Patient war wegen Angina und Katarrh in Behandlung gekommen. Die ganze Haut juckte stark; die Hände waren wie bei Erysipel gerötet und zeigten einige kleine Blasen. Auf der Brust und den Armen fand sich ein skarlatinöses Erythem. Patient hatte Metol als Entwickler bei seinen photographischen Arbeiten gebraucht und gab an, dafs seine Hände bei früherer Gelegenheit auch schon danach affiziert gewesen seien. Die Dermatitis dehnte sich fast über den ganzen Körper aus, war äufserst qualvoll und hartnäckig, und die darauf folgende Abschuppung dauerte volle sechs Wochen an.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kasuistik der Mesotanexantheme, von Kobach-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 34.) Nach einer kurzen Zusammenstellung der bisher beschriebenen Mesotanexantheme teilt K. zwei von ihm selbst beobachtete Fälle von diffuser Dermatitis nach Mesotanolivenöleinreibung mit; in einem der beiden Fälle entwickelten sich, obwohl die Einreibungen sofort ausgesetzt wurden, auf der stark geröteten Haut zahlreiche miliare, mit wasserklarem Inhalt gefüllte Bläschen; das Exanthem, das überaus qualvolles Jucken verursachte, heilte erst nach zwei Monaten ab. — Seitdem K. Mesotan nicht mehr einreiben, sondern in 20—30%iger Verdünnung mit Olivenöl ein- bis zweimal täglich einpinseln läfst und von deckenden Verbänden Abstand nimmt, hat er kein Mesotanexanthem mehr gesehen; seiner Überzeugung nach ist das Mesotan, in der beschriebenen Weise angewendet, stets frei von unangenehmen Nebenwirkungen auf die Haut. Die nach Mesotaneinreibungen auftretenden Exantheme fafst K. nicht als direkte Salicylwirkung auf, sondern als Folge der derivierenden hautreizenden Eigenschaft des Mesotans, neben der allerdings auch die schwächere spezifische Salicylwirkung in Betracht kommt. *Götz-München.*

Über Cardoldermatitis, von W. Fornet. (Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Die schon seit langem nicht mehr offizinellen Früchte von Anacardium occidentale und Anacardium orientale werden noch heute vielfach vom Volke unter dem Namen Elefantennüsse oder Elefantenläuse gegen allerlei Krankheiten äufserlich angewandt. Werden nun diese Nüsse entweder durch Druck oder sonst irgendwie verletzt, so quillt leicht das zwischen der inneren und äufseren Wand der den süfsen Kern umgebenden Schale vorhandene scharfe, schwarzbraune Öl heraus und erzeugt durch das in ihm befindliche Cardol auf der Haut einen erysipelatösen Ausschlag. Da dieser Ausschlag infolge seiner Seltenheit leicht zu Irrtümern Veranlassung geben kann, hat Verfasser auf Anregung Lessers im Anschlufs an zwei Fälle das Wissenswerte über Anacardium und besonders Cardol zusammengestellt. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Karbolgangrän, von E. Dunster Kremers-Holland Mich. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Aug. 1904.) Gangrän eines Fingers nach 5%igen Karbolsäureumschlägen. *A. Loewald-Kolmar.*

Digitized by Google

Über artifizielle Hautgangrän bei Hysterischen, von M. Lewontin. (Inaug.-Dissert. Berlin 1904.) Das Auftreten der artifiziellen Hautgangrän bei Hysterischen gehört zu den seltenen Krankheiten. In der Regel handelt es sich um junge Frauen mit neuropathischer Anlage. Es treten Nekrosen der Haut auf, ohne daſs der Allgemeinzustand dazu Veranlassung gäbe Die Nekrosen sind disseminiert und nicht an die bekannten Ausbreitungsgebiete und Verlaufslinien der Nerven gebunden. Im allgemeinen ist die Frage: Artefakt oder Spontangangrän? nicht leicht zu beantworten. Das Raffinement der hysterischen Patienten macht viele Schwierigkeiten. Die Berücksichtigung aller Momente und die sorgsamste Untersuchung ist geboten, wenn man zu einem Resultat kommen will. Für Selbstbeschädigung spricht: 1. Vor allem die Zerstörung der obersten Hautschichten; 2. die stärkere Reizung der Umgebung; 3. Blutaustritt und Exkoriationen; 4. die Farbe der Schorfe; 5. die ganz unregelmäſsige zackige Umrandung der einzelnen Herde; 6. die verschiedene Tiefe der Substanzverluste und daraus resultierende Verschiedenheit der Entwicklungsstadien der einzelnen Herde; 7. Streifen von herabflieſsender Flüssigkeit. Chemische und histologische Untersuchung kann bisweilen zur Unterstützung dienen. In einigen Fällen hat die Anlegung eines festen Verbandes die Möglichkeit gegeben, der Simulation vorzubeugen; anderseits haben mannigfache Erfahrungen erwiesen, daſs auch das nicht mit voller Sicherheit gegen Täuschungen schützt.

Verfasser gibt in seinen weiteren Ausführungen eine Erklärung der Vorgänge bei der Selbstbeschädigung, bespricht sodann einen selbstbeobachteten Fall, der ein 21jähriges Mädchen betrifft, und berichtet über Versuche, die er zur Klärung der Frage bei Kaninchen mit Lysolätzung vorgenommen hat. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von spontaner Hautgangrän bei einer hysterischen Patientin, von W. A. Mearns-Banff, N. B. (*Lancet.* 17. Sept. 1904.) Bei der 24jährigen, anämischen und anerkanntermaſsen hysterisch veranlagten Patientin entwickelten sich am Hals und der Brust nacheinander sieben anfangs entzündliche, später gangränös werdende Gebiete von etwa Talergröſse. Das Auftreten neuer Läsionen hörte erst auf, als die Patientin ins Krankenhaus übergeführt wurde. (In dem ganzen Bericht ist kein einziger Umstand enthalten, der den naheliegenden Verdacht, daſs es sich um Artefakte und nicht um Spontangangrän handelte, entkräften könnte. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Ein Beitrag zur Frage der Epidermolysis bullosa traumatica (hereditaria et acquisita), von Richard Kablitz. (Inaug.-Dissert. Rostock 1904.) Kritisch-kasuistische Arbeit. Das klinische Krankheitsbild der nicht hereditären Fälle von Epidermolysis bullosa unterscheidet sich, wie aus den angeführten Fällen ersichtlich ist, nicht wesentlich von dem der hereditären; wenn beide auch nicht völlig übereinstimmen, so sind sie doch jedenfalls einander sehr ähnlich. Auch hier handelt es sich um Blaseneruptionen, die meist schon in früher Kindheit entstehen und dann, ohne ihren Charakter wesentlich zu ändern und ohne wesentliche Störungen des Allgemeinbefindens hervorzurufen, das ganze Leben hindurch dauern. Die Blasen entstehen meist durch mechanische Reize und können an jedem Körperteil auftreten; sie treten weder spontan auf, noch infolge chemischer (Jodtinktur, Ammoniak, Essigsäure usw.) oder elektrischer Reize. Bei hereditären und nicht hereditären Fällen heilen die Bullae entweder ohne bleibende Veränderungen der Haut oder mit Hinterlassung von Narben und Milien, je nachdem die Blasen sich in höheren oder tieferen Schichten des Rete bilden. Ebenso kommt das Befallensein der Schleimhäute,

Digitized by Google

partielle Hautatrophie und sekundäre Degeneration der Nägel sowohl in der einen, wie in der anderen Gruppe vor. Auch die mikroskopisch-histologische Untersuchung der Blasen läfst eine Verschiedenheit zwischen hereditären und akquirierten Fällen nicht erkennen. Die Vererbung ist nach der Auffassung des Verfassers kein integrierender Teil des Krankheitsbildes. Daher, sagt er, sollte man die Krankheit als Epidermolysis bullosa traumatica bezeichnen, denn die bald in höheren, bald in tieferen Schichten der Epidermis durch traumatische Reize hervorgerufene Blasenbildung charakterisiert dies Leiden und die Vererbung ist ein rein zufälliges Moment, welches wie bei der Psoriasis zwar vorkommt, aber ebensogut auch fehlt. Die Ätiologie ist noch unklar; die Prognose quoad vitam gut. *Fritz Loeb-München.*

Die Dermatitis herpetiformis beim Kinde, Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 32.) Dermatitis herpetiformis kommt im Kindesalter verhältnismäfsig häufig vor; sie beginnt oft schon unmittelbar oder in den ersten Monaten nach der Geburt. Knaben werden etwas häufiger befallen als Mädchen, die meisten Kinder sind nervös oder stammen von nervösen Eltern ab. In manchen Fällen stellen sich mit der Hauterkrankung leichte Allgemeinerscheinungen, Erbrechen, Diarrhoe und Fieber von mehrtägiger Dauer ein. Urinmenge und Stickstoffgehalt des Urins sind häufig vermindert, zuweilen findet sich eine vorübergehende Albuminurie, aus der sich aber auch eine wirkliche Nephritis entwickeln kann. Wiederholt wurde beobachtet, dafs die Krankheit asthmatische Kinder befiel, und dafs die Asthmaanfälle bei Beginn eines neuen Ausbruchs der Hauterkrankung aufhörten, aber nach eingetretener Besserung wiederkamen. Die Prognose ist auch bei Kindern im allgemeinen gut, doch unterliegen einzelne Kinder einer über die ganze Körperoberfläche sich ausbreitenden Hauteiterung. *Götz-München.*

Über die Semiotik und Diagnose des Herpes zoster, von Paul Fabre-Commentry. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 21 u. 22.) Ausführliche Beschreibung der Symptome des Herpes zoster. Den Beobachtungen F.s zufolge tritt neben den Schmerzen an den erkrankten Hautpartien häufig noch ein tiefer sitzender Schmerz an der Wirbelsäule, entsprechend der Austrittsstelle des befallenen Nerven, auf. Sehr oft kommt auch, ohne dafs nennenswerte Schmerzen oder Fieber vorhanden wären, quälende Schlaflosigkeit und, namentlich bei Kindern, starke nächtliche Unruhe vor; auch Störungen in den Verdauungs- und Respirationsorganen und Schwellungen der regionären Drüsen sind nicht selten. — In der jüngsten Zeit erzielte F. in fünf Fällen durch ein- bis zweimal täglich wiederholte Bepinselungen der erkrankten Hautstellen mit einer Mischung von 1‰iger Adrenalin- und $2^1/_2$%iger Kokainlösung ₘ rasches Verschwinden der Schmerzen. *Götz-München.*

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Herpes zoster ophthalmicus, von Gustav Leopold. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1904.) Rein kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Herpes zoster, wahrscheinlich verursacht durch eine Bleivergiftung, von H. Koettlitz. (*Policlinique.* 1904. Nr. 16.) Kurze Mitteilung über einen Herpes zoster intercostalis bei einem Anstreicher, bei dem sich gleichzeitig Spuren einer leichten Bleivergiftung fanden. Diese war nach Ansicht K.s die Ursache des Herpes. *Götz-München.*

Über wiederauftretenden Herpes zoster, im besonderen über Zoster erythematosus und Zoster vegetans, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 39. Nach der Auffassung V.s sind unter der Bezeichnung „rezidivierender Herpes zoster“ eigentlich nur diejenigen Zostererkrankungen zu verstehen, die sich an ein- und derselben Stelle, also im gleichen Nervengebiet, wiederholen. N. hatte Gelegenheit, drei solche Fälle zu beobachten. Im ersten Falle

Digitized by Google

handelte es sich um einen typischen Herpes zoster auf der Haut des äufseren Ohres im Gebiete der Ausbreitung des Nervus auricularis magnus; die Affektion wiederholte sich im Verfaufe von drei Jahren dreimal. Der zweite Fall war ein rezidivierender Zoster im Bereiche des Nervus frontalis; die erste Eruption war in der gewöhnlichen Weise mit Bläschenbildung verlaufen, das nach ungefähr drei Monaten aufgetretene Rezidiv zeigte dagegen keine Spur von Bläschenbildung; an ihrer Stelle fand sich eine lebhaft rote, an ein Erythem erinnernde Färbung und eine ziemlich starke, ödematöse Schwellung des Frontalnervengebietes der Haut, also ein „Zoster erythematosus recidivus“, wie er schon mehrfach beobachtet und beschrieben worden ist. Der dritte Fall endlich war ein rezidivierender Herpes zoster buccalis; während der erste Ausbruch in diesem Falle ein reiner Bläschenausschlag gewesen war, bildeten sich bei zwei Rezidiven, von denen das erste ein Viertel-, das zweite sieben Vierteljahre später auftrat, aus einem grofsen Teile der Herpesbläschen granulomartige Geschwülstchen, die Ähnlichkeit mit luetischen Papeln und mit den Effloreszenzen des Pemphigus vegetans hatten; sie verschwanden erst nach energischer Touchierung mit konzentrierter Resorcinlösung. V. bezeichnet diese beiden Rezidive als „Zoster vegetans recidivus“. — V. hält die beiden letzteren Fälle nicht für besondere Arten des „Zoster recidivus“. Sicherlich tragen auch manche primäre, erstmalig auftretende Zostererkrankungen einen bläschenfreien, erythematösen oder einen vegetierenden Charakter, ohne dafs sie deshalb als besondere Arten des Herpes zoster zu betrachten wären. *Götz-München.*

Akute Exantheme.

Ein Fall von Scharlachrezidiv, von J. Richmond - Handsworth. (*Brit. Med. Journ.* 24. Dez. 1904.) Ein fünfjähriges Mädchen befand sich nach einem achttägigen typischen Scharlachanfall schon etwa eine Woche lang in voller Rekonvaleszenz, als plötzlich Fieber einsetzte und ein ausgesprochenes Scharlachexanthem sich zeigte nebst Belag an der beim ersten Anfall verschont gebliebenen rechten Tonsille. Die Temperatur ging erst nach acht Tagen zur Norm zurück. Otorrhoe hielt noch mehrere Wochen lang an. Man hat behauptet, dafs Scharlachrezidiv nur in der Hospitalspraxis vorkomme. Hier handelte es sich um Privatpraxis.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Scarlatinarezidiv, von van Gelderen. (*Weekblad.* 9. April 1904.) Ein fünfjähriges Kind hatte eine typische Scarlatina durchgemacht, die einen normalen Verlauf ohne Komplikationen nahm. Nachdem Fieber, Exanthem und Abschuppung vollständig verschwunden waren, das Kind sich aber niemals recht erholt hatte und noch kränkelte, stellte sich einen Monat nach dem Auftreten der ersten Eruption eine neue Angina, gefolgt von einem typischen Scharlachexanthem ein, 14 Tage danach trat vollständige Heilung ein. *C. Müller-Genf.*

Untersuchungen über Agglutination mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokkenagglutination bei Scharlach, von G. Bourcart. (*Thèse de Paris.* 1904.) Die Agglutination der Streptokokken im Blute Scharlachkranker kann deutlich positiv sein, ist es jedoch nicht immer. Jedes Serum, normales und solches bei irgendeiner Infektionskrankheit, kann die Streptokokken bei Scharlach agglutinieren. Nach vergleichenden Untersuchungen des Verfassers kann diese Agglutinationsfähigkeit schwächer, gelegentlich auch ebenso stark sein, wie die des Scharlachserums. Diese Tatsache konstatierte Verfasser mit jeder Untersuchungsmethode. Analoge Untersuchungen über Streptokokken bei anderen Infektionskrankheiten als Scharlach ergaben ähnliche Resultate. Die Ergebnisse der Arbeit geben weder An-

Digitized by Google

haltspunkte für die praktische Anwendung der Serodiagnostik der Streptokokkeninfektionen, noch für die Spezifizität der Streptokokken bei Scharlach.

Fritz Loeb-München.

Über Scharlachabscesse, an der Hand eines Falles von Aneurysma arterio-venosum spurium carotidis et jugularis internae infolge eines solchen, von Johannes Ritscher. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Kasuistisch-kritische Arbeit.

Fritz Loeb-München.

Gelenkerkrankungen bei Scarlatina, von Richard Brade. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Den Untersuchungen liegt das Material des städtischen Krankenhauses zu St. Jakob in Leipzig zugrunde. In den letzten 14 Jahren wurden im ganzen 868 Fälle von Scarlatina behandelt, unter denen sich 60 mit Gelenkerscheinungen befanden, also 6,9 %. Sehr ungleichmäfsig war die Art und Weise, wie sich die Gelenkerkrankungen zu den einzelnen Epidemien bezw. zu den einzelnen Jahrgängen verhielten. Die Mehrzahl der Patienten, nämlich 44, waren jugendliche Erwachsene zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre. Die beiden Geschlechter waren ziemlich gleichmäfsig befallen. 56 Fälle gehörten der serösen Form der Synovitis an und verliefen fast ausnahmslos gutartig, ohne eine bleibende Schädigung zu hinterlassen, vier dagegen waren eitriger Natur und verliefen sämtlich tödlich unter pyämischen Erscheinungen; alle vier betrafen Kinder von 1—10 Jahren. In acht Fällen war nur ein Gelenk ergriffen, bei allen übrigen war die Entzündung multipel. Hochgradige Schwellung bestand in 17 Fällen. Schmerzhaftigkeit war das konstanteste Symptom. Die Dauer der Erkrankung betrug durchschnittlich sechs Tage. Die Hals- und Rachenorgane waren bei sämtlichen Kranken affiziert. 21 mal wurden Herzerscheinungen beobachtet. Von anderen Komplikationen traten auf:

Nephritis	14 mal,
Otitis media	3 „
Pneumonie	2 „
Pleuritis	1 „
Peritonitis	1 „
Iridocyclitis	1 „
echte Diphtherie	1 „

Drei von den vier Fällen eitriger Synovitis, welche zum Tode führten, kamen zur Sektion. Im Gelenkeiter wurden bei allen Streptokokken gefunden, zweimal auch in anderen Körperhöhlen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von kortikalen Haemorrhagien nach Scharlachfieber, von E. E. Sonthard und F. R. Sims-Boston. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 17. Sept. 1904.) Ein fünfjähriger Junge bekam fünf Wochen nach Beginn eines mittelschweren Scharlachs cerebrale Erscheinungen, zunächst Krämpfe, dann Lähmung der rechten Seite, und starb nach 14 Tagen. Die Sektion ergab Haemorraghien in der Rinde beider Scheitellappen und Ödem der darüberliegenden Pia mater. *A. Loewald-Kolmar.*

Urotropin und Scharlach-Nephritis, von Béla Schick-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Die Angabe von Widowitz (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 40), nach welcher kleine prophylaktische Gaben von Urotropin imstande wären, eine Scharlach-Nephritis zu verhindern, kann Verfasser keineswegs bestätigen. Jeder leichtere Scharlachfall erhielt in den ersten drei Behandlungstagen, sowie an drei aufeinanderfolgenden Tagen der dritten Krankheitswoche Urotropin 0,5—1,0 pro die. Bei 38 so behandelten Fällen wurde fünfmal Nephritis festgestellt (= 13 %), während bei 72 nicht mit Urotropin behandelten schwereren Fällen nur vier Nephritiden (= 5,5 %) konstatiert wurden. In einem Falle von Scharlach-Nephritis ver-

schlimmerte sich sogar der Zustand bei Darreichung von Urotropin ganz erheblich, während nach Aussetzen des Mittels Fieber und Eiweifsabsonderung sofort verschwanden.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis, von Buttersack-Heilbronn. (*Dtsch. Arch. f. kl. Med.* Bd. 80.) Dem Vorgange von Widowitz folgend, hat B. bei zehn Fällen von Scharlach Urotropin in Dosen von 0,05—0,5 ter die zur Verhütung resp. zur Bekämpfung von Nephritis verabreicht und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden. Bei drei Kindern schien geradezu eine beginnende Nephritis durch das Urotropin abgewehrt worden zu sein. Er empfiehlt, namentlich in der besonders durch Neigung zu Albuminurie und ernsteren Nierenaffektionen charakterisierten dritten Krankheitswoche, das Mittel wenigstens mehrere Tage lang zu geben. Für die Unschädlichkeit desselben, welche schon vielfach bestätigt ist, spricht eine Beobachtung B.s, der zufolge eine 75jährige Dame mit Pyelitis calculosa seit dem Jahre 1900 ohne irgendwelche Beschwerden 700 g des Mittels genommen hat. (Es wird allerdings von anderer Seite über gelegentlichen Blasentenesmus und sogar Hämaturie bei der Verabreichung von Urotropin berichtet. Ref.) Für die Kinderpraxis scheint die zitronensaure Verbindung des Mittels, das auch als Helmitol bezeichnet wird und etwa 40 % Urotropin enthält, ihres angenehmen Geschmackes wegen besonders empfehlenswert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Herzstörungen beim Scharlach und ihrer Folgen, von Schmaltz-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 32.) Den Erfahrungen S.s zufolge stellt sich manchmal bei Scharlachrekonvaleszenten, zuweilen erst sehr spät, eine starke und lange andauernde Pulsbeschleunigung ein, die wohl immer eine Erkrankung des Herzens anzeigt. Sowohl Herzgeräusche wie Herzdilatationen sah S. häufiger als während der Fieberperiode während der Rekonvaleszenz, und zwar ebenfalls oft recht spät auftreten, insbesondere, wenn einem nicht ganz intakten Herzen gröfsere Arbeit zugemutet wurde. Sehr häufig gehen dem Eintritt deutlicher Herzstörungen längere Zeit hindurch scheinbar geringfügige Erscheinungen, Unreinheit des ersten Herztones, leichte Pulsbeschleunigung voraus; es mufs deshalb die Herztätigkeit der Scharlachrekonvaleszenten lange Zeit hindurch sorgfältig überwacht und auch bei den leichtesten Veränderungen jede gröfsere Anstrengung vermieden werden. Herzerkrankungen kommen bei schweren Scharlachfällen durchaus nicht häufiger vor als bei leichten; ihr Auftreten scheint mit dem Scharlachrheumatismus nicht in Zusammenhang zu stehen. Einen ungünstigen Einflufs des Scharlachs auf Herzen, die schon vorher nicht normal waren, konnte S. nur selten beobachten; dagegen führen nach seinen Erfahrungen die skarlatinösen Herzerkrankungen sehr häufig zu dauernden Herzstörungen, häufiger sogar als die diphtheritischen Herzerkrankungen. Die anatomische Ursache der skarlatinösen Herzaffektionen ist zumeist eine Erkrankung des Myokards, nicht eine Endokarditis, wie früher allgemein angenommen wurde.

Götz-München.

Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern, von E. Feer-Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 40 u. 44.) F. hat in einer grofsen Reihe von Fällen an den Fingernägeln von Scharlachrekonvaleszenten Veränderungen beobachtet, deren typisches Verhalten ihm fast pathognomonisch erscheint. Es zeigt sich nämlich 4—5 Wochen nach Beginn des Scharlachs an der Wurzel der Nägel eine quer verlaufende, bogenförmige, nach dem freien Nagelende konvexe, lineäre Furche, seltener ein analog geformter, schmaler Wall; beide Formen bezeichnet F. der Kürze halber als „Scharlachlinie“. Diese Scharlachlinie schiebt sich, dem Wachstum des Nagels entsprechend, langsam vor und gelangt in ungefähr sechs Monaten an den freien Nagelrand. Am ausgeprägtesten ist sie an den Daumennägeln; sie wird um

so deutlicher, je intensiver das Exanthem war und je kräftiger die Nägel sind; darum ist sie bei Erwachsenen besonders stark. Bei Kindern über zehn Jahren wird sie, wenigstens an den Daumen, nur selten vermifst, bei jüngeren Kindern dagegen ist sie, besonders bei dünnen Nägeln und nach schwachem Exanthem, oft nur angedeutet oder fehlt ganz. Auch an dem Nagel der grofsen Zehe findet sich häufig eine starke Scharlachlinie, an den schwachen Nägeln der übrigen Zehen ist sie meist nur undeutlich. — Bei Masernrekonvaleszenten fand F. ganz ähnliche Nagelveränderungen, doch viel seltener und durchschnittlich viel schwächer ausgebildet.

Die beschriebenen Nagelveränderungen stellen ein Analogon der Hautschuppung beim Scharlach dar. Gleichzeitig mit der später zur Abschuppung führenden Erkrankung der Epidermis trifft auch die epitheliale Keimschicht der Nagelwurzel eine Störung, durch welche die gleichmäfsige Bildung des Nagels unterbrochen wird; so entsteht die Furche oder der Wall, die 4—6 Wochen später sichtbar werden. Ob die Scharlachlinie auch nach Scharlach sine exanthemate vorkommt, darüber fehlen F. Beobachtungen. — Die praktische Bedeutung der Scharlachlinie liegt darin, dafs sie unter Umständen die nachträgliche Diagnostizierung eines Scharlachs zu einer Zeit, in der akute Symptome und Abschuppung längst vorüber sind, ermöglicht.

Weder in Handbüchern noch in Monographien konnte F. irgendeine Notiz über die beschriebenen Nagelveränderungen finden. Erst nachträglich wurde er darauf aufmerksam gemacht, dafs Heller-Charlottenburg in seiner Monographie „Die Krankheiten der Nägel“ auf „die Querfurchen auf den Nägeln als Zeichen einer voraufgegangenen Ernährungsstörung des ganzen Organismus“ hinweist; sie wurden nach Heller, allerdings nur selten, nach verschiedenartigen akuten Krankheiten, wie Typhus, gastrischen Erkrankungen, Erysipel, Epididymitis, Pneumonie, Parotitis suppurativa, Rheumatismus, Verletzungen usw., endlich bei einzelnen Scharlach- und bei zwei Mafsernrekonvaleszenten beobachtet. (Auch Jadassohn erwähnt in seiner Abhandlung über „Die Erkrankungen der Nägel“ im Ebstein-Schwalbeschen „Handbuch der praktischen Medizin“, dafs „nach fieberhaften Erkrankungen, z. B. nach Typhus, Influenza, Rheumatismus acutus usw., an den Nägeln transversale Furchenbildungen [am ausgesprochensten meist symmetrisch an den Daumennägeln] zustande kommen, welche sogar zur vollständigen Durchtrennung der Nagelplatten führen können [Beausche Linien]).“ Den Beobachtungen F.s zufolge kommen die geschilderten Veränderungen nach Scharlach nicht, wie Heller angibt, vereinzelt, sondern ungemein häufig vor. *Götz-München.*

Zur Behandlung des Scharlachs, von M. S. Nasarow-Arschangelsk. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 78.) Neben der sonstigen Scharlachbehandlung empfiehlt N. die innere Medikation von Ichthyol und Terpentinöl, und zwar der erstere nach folgendem Rezept:

℞ *Amonii sulfoichthyol.* 30,0
Aq. dest. 10,0

M. D. S. Dreimal täglich 35 Tropfen in Kapseln bei älteren Kindern, absteigend bis auf 25 bezw. 20 und 15 Tropfen je nach dem Alter des Kindes. Erwachsene erhalten 50—60 Tropfen dreimal täglich.

Oleum terebinth. rectif. gibt N. stets in Milch, indem vorher und nachher Milch dazu getrunken wird, bei Kindern im Alter von drei bis fünf Jahren zehn Tropfen, bei solchen im Alter von fünf bis zehn Jahren 12—15 Tropfen und bei Erwachsenen 30 Tropfen dreimal täglich.

Dies Verfahren ergab nie eine Schädigung, selbst der Nieren nicht und kürzte den Verlauf ab. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Die Diagnose des Scharlachfiebers und scharlachartiger Affektionen, von JAY F. SCHAMBERG-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 6. Aug. 1904.) Betrachtungen über die Schwierigkeiten, die bisweilen die Diagnose Scharlach macht, und besonders über die manchmal recht schwierige Unterscheidung zwischen Scharlach und den scarlatiniformen Erythemen, namentlich den desquamativen.

A. Loewald-Kolmar.

Die Serumbehandlung des Scharlachs, von W. SCHOLZ-Graz. (*Fortschr. d. Med.* Bd. 21. Nr. 11.) Verfasser berichtet über neun Fälle (sieben leichte und zwei schwere) von Scharlach bei Patienten im Alter von 4—20 Jahren, welche mit Serum behandelt wurden. Die Herstellung des Mittels war folgendermafsen: Durch Aderlafs wurde einem 14- und einem 20jährigen Mädchen am 20. resp. am 31. Krankheitstage bei völligem Wohlbefinden je 150 ccm Blut aus der V. mediana entnommen. Die eine Portion wurde über Eis absetzen gelassen, die andere wurde zentrifugiert. Man erhielt Mengen von je etwa 60 ccm, die in sterilen Glasröhrchen zu 10—20 ccm eingeschmolzen wurden. Hiervon wurde den Patienten am ersten bis dritten Krankheitstage 5—20 ccm eingespritzt. Von den Kranken starb ein Mädchen am siebenten Tage nach der Einspritzung. Verfasser ist trotz der geringen Zahl seiner Beobachtungen zu dem Schlusse gelangt, dafs die Methode den Kranken zwar keinen Schaden zufügt, aber auch keinen Nutzen erwarten läfst. Er glaubt, dafs das MOSERsche polyvalente Scharlachserum mehr leisten werde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung des Scharlachs mit MOSERs Antistreptokokkenserum, von HENRY L. K. SHAW-Albany. (*Med. News.* 29. Okt. 1904.) Übersichtlicher Bericht über diese von MOSER am Anna-Kinderspital zu Wien seit dem Jahre 1901 inaugurierte Behandlungsart des Scharlachs. MOSER erzielte vom Jahre 1897—1902 in 63 von 99 letalen Fällen aus dem Herzblut und zweimal aus der Cerebrospinalflüssigkeit lebender Kinder Reinkulturen von Streptokokken, woraus er schlofs, dafs irgendein direkter Zusammenhang zwischen Streptokokken und der Ätiologie des Scharlachs bestehe. Die Darstellung des Serums geschah in der Weise, dafs er von Scharlachkranken, wie erwähnt, entnommenes Blut drei bis sechs Tagen auf gewöhnliche Bouillon als Kultur einwirken liefs und diese Kultur in allmählich steigender Dosis acht Tage lang Pferden injizierte; sieben bis neun Monate brauchen dieselben im Durchschnitt, um ein geeignetes Serum zu produzieren, manche Pferde liefern überhaupt kein solches. Zur Konservierung des Serums wird keine Karbolsäure verwandt; wenn genügend wirksam, so sollte es in einer Lösung von 1 : 250000 die Streptokokken agglutinieren. Anfangs wurden zu therapeutischen Zwecken 30 ccm gegeben, aber allmählich stieg man bis auf 200 ccm des Serums, wobei selten eine zweite Injektion sich als notwendig erwies. Die Wirkung der Seruminjektion gibt sich in wenigen Stunden zu erkennen, das Fieber fällt ohne Zeichen von Kollaps oder Schweifsausbruchs, der Puls wird langsamer und kräftiger, das Allgemeinbefinden bedeutend besser. MOSER teilte seine Fälle in vier Gruppen ein: 1. leichte, 2. schwerere mit hohem Fieber, 3. sehr schwere mit allgemeinen Vergiftungserscheinungen und 4. letale Fälle, wo keine Aussicht auf Heilung von Anfang an war. Es wurden aber auch hier die Injektionen gemacht. Komplikationen waren weniger häufig seit der Anwendung des Serums, welches im ganzen 228 scharlachkranke Kinder erhielten. Vor der Serumbehandlung war die Sterblichkeit an Scharlach im Spital 14,5 %, in den vier Jahren der Serumtherapie ging sie auf 8 % herab, während sie in den anderen Spitälern Wiens um dieselbe Zeit ungefähr 13,1 % betrug. Die einzig unangenehme Folge des Serums war das Exanthem, begleitet mit Fieber und allgemeinem Unbehagen (in 73 % der injizierten Fälle gefolgt). MOSER injizierte auch zu prophylaktischen Zwecken das Serum; soweit die geringe Anzahl von (14) Fällen, wo je

Digitized by Google

10 ccm injiziert wurden, einen Schlufs erlaubt, waren die Resultate dieser Injektionen ziemlich ermutigende. Auch Professor Escherich, der im Jahre 1902 das Anna-Kinderspital übernahm und anfangs sich ziemlich skeptisch gegen die Serumbehandlung verhielt, ist jetzt ein eifriger Vorkämpfer für dieselbe. Das Serum wird übrigens gegenwärtig nur am Wiener Institut bereitet und befindet sich nicht im Handel.

Stern-München.

Erfahrungen aus einer Masernepidemie, von J. Fels-Lemberg. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 38.) Die im Jahre 1901 in Lemberg herrschende Masernepidemie unterschied sich weder in ihrem Verlauf noch auch was die Komplikationen anbetrifft von anderen Epidemien. Es enthält der Vortrag nichts wesentlich Neues.

Putzler-Danzig.

Ein Fall von Coma bei Masern bei einem Erwachsenen, von G. Newton Pitt-London. (*Clin. Soc. of London.* Nov. 1903.) Ein 19jähriger Student der Medizin entwickelte wenige Tage nach dem Einsetzen einer ausgesprochenen Masernattacke lebhafte Delirien unter Temperatursteigerung bis 40,5° und verfiel in Coma, welches mehrere Tage anhielt. Nach Beseitigung der akuten Erscheinungen machten sich Parästhesien, Schlaflosigkeit und Gedächtnismangel bemerkbar. Letztere Störung hielt mehrere Monate lang an, aber nach einer Reise nach Australien war Patient vollständig wieder hergestellt. P. erklärt den Fall anatomisch als eine mäfsige Encephalitis unter Beteiligung jedenfalls des linken Temporo-sphenoidal-Gebiets. In Anschlufs hieran berichtet er auch über einen 19jährigen Jüngling, bei welchem nach einer im fünften Lebensjahr erlittenen Attacke von Masern dauernde cerebrale Defekte, mangelhafte geistige Entwicklung und Muskelatrophie zurückblieben.

Als Ursachen von Coma bei Masern werden erwähnt und mehr oder weniger eingehend unter Heranziehung der Literatur besprochen: 1. Toxämie, 2. Meningitis, ausgehend von Ohraffektionen oder von Tuberkulose. 3. Thrombose von Gehirngefäfsen und Hemiplegie. 4. Poliomyelitis anterior acuta. 5. Encephalitis. 6. Myelitis disseminata. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Übertragbarkeit der Masern auf kleinere Haustiere, von E. A. Geissler. (Inaug.-Dissert. Bern 1903.) Unter Zugrundelegung einer gröfseren Versuchsreihe summiert Verfasser seine Erfahrungen dahin, dafs eine Übertragung der Schleimhautsekrete, sowie der Epidermisschuppen masernkranker Menschen auf Schafe, Schweine, Ziegen, Hunde und Katzen nicht imstande ist, bei diesen Tieren das typische Bild der Masern des Menschen zu erzeugen, und dafs nach Übertragung menschlicher morbillöser Schleimhautsekrete auf die Schleimhäute dieser Tiere nur katarrhalische Schleimhautaffektionen in Erscheinung treten.

Bei keinem der Versuchstiere gelang es, das typische Bild der Masern des Menschen zu erzeugen. Wenn auch bei einer Anzahl der Versuchstiere die für menschliche Verhältnisse so charakteristische Temperaturkurve kurz nach der Injektion gröfsere Steigerungen und Remissionen erfuhr, so blieb doch im übrigen das bei allen Versuchstieren sich ergebende Krankheitsbild lediglich ein lokales, von einer Allgemeininfektion konnte nicht die Rede sein.

Eine Übertragung des Masernvirus war insofern erfolgreich, als sich febrilkatarrhalische Affektionen erzeugen liefsen, die jedoch nicht die Bedeutung erlangten, wie sie beim Menschen als die wesentlichen Attribute des Masernprozesses betrachtet werden. *Fritz Loeb-München.*

Zur Mikrobiologie der Masern, von S. J. Zlatogoroff-St. Petersburg. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXVII. Heft 2.) Als Material für die Untersuchung diente hauptsächlich Blut, das im Stadium floritionis bei hoher Temperatur entnommen

wurde. Der Nährboden wurde aus frischer Placenta mit Zusatz von Ascitesflüssigkeit, Placentablut und Venenblut des Menschen hergestellt. Aus 24 Masernfällen gelang es Verfasser 17 mal, einen Bacillus zu züchten mit folgenden charakteristischen Merkmalen: 0,4—0,7 μ lang, 0,2—0,4 μ dick, mit Anilinfarben und nach Gram leicht färbbar, wenig beweglich, liegt er gewöhnlich in Doppelexemplaren oder in Gruppen in Form von Zoogloen da. Die Enden des Stäbchens sind abgerundet, zuweilen ist der Bacillus fast kokkenrund. Das Wachstum beginnt in flüssigen Nährmedien bereits nach zwei Tagen, am Boden bildet sich ein feinflockiger Niederschlag, wobei die Nährflüssigkeit selbst klar bleibt. Er gedeiht bei einer Temperatur von 36—37° C. am besten, ist aërob und bildet keine Sporen. Überimpfung gelingt nur in der ersten Generation. Die Ergebnisse der Tierversuche waren unbeständige. In den einen Fällen blieben die Tiere am Leben, in den anderen gingen sie nach 12—14 Tagen unter Inanitionserscheinungen zugrunde, bei der Sektion waren die Mikrobien nicht nachzuweisen.

Dieser vorläufigen Mitteilung sollen weitere Untersuchungen folgen nach der Richtung, inwieweit die Masernerkrankung von diesem Bacillus abhängen.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Morbilli sine morbillis; ein Fall mit Randbemerkungen, von J. D. Rolleston-London. (*Lancet.* 10. Dez. 1904.) Ein fünfjähriges Mädchen, welches sich als Rekonvaleszentin von Scharlach im Krankenhaus aufhielt, erkrankte plötzlich mit Fieber und am folgenden Tage mit Erbrechen und einem diffusen Erythem nebst Injektion des weichen Gaumens und Rachens, sowie häufigem Husten. Der Ausschlag verschwand nach 24 Stunden. Am fünften Krankheitstage erst wurde auf Koplikschen Flecke untersucht; es fanden sich deren drei, die aber am nächsten Tage verschwunden waren. Urticaria zeigte sich auch vorübergehend. Bronchitische Erscheinungen und Coryza hielten bei mäfsigem Fieber etwa acht Tage lang an. Das Kind hatte angeblich früher schon Masern durchgemacht. In dem betreffenden Saal des Krankenhauses waren mehrere andere Fälle von Masern in Behandlung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Maserndiagnose, von J. C. Muir-London. (*Lancet.* 11. Juni 1904.) Um dieses, in England noch nicht seinem Werte entsprechend gewürdigte Symptom der Beachtung zu empfehlen, berichtet M. über eine kleine Reihe von elf Fällen, bei denen darauf geachtet wurde. Man fand sie bei allen, und zwar ein bis drei Tage schon vor dem Auftreten des Exanthems, am ersten bis dritten Tage des Fiebers. Gröfsere Beobachtungsreihen zeigen ein Fehlen der Flecke bei etwa 10% der Fälle. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Purpura convalescentium im Gefolge von einer milden Masernattacke, von J. Fortune-Exminster. (*Lancet.* 29. Okt. 1904.) Ein fünfjähriges Mädchen, das angeblich zirka acht Tage vor der Aufnahme an Masern erkrankt gewesen war, zeigte ziemlich am ganzen Körper Petechien und kleine, bis erbsengrofse Hämorrhagien nebst Epistaxis und Hämaturie. Unter Ergotin, Calciumchlorid nebst Insufflation von Acid. tannic. in die Nase erfolgte glatte Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Masern und der Bronchopneumonie, von Méry. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 31.) Die eigentliche Behandlung der Masern besteht nach M. in der Durchführung strenger Antiseptik der Nasenhöhlen und des Mundes und Rachens. Die Antiseptik der Nasenhöhlen wird erreicht durch zweimal täglich wiederholte Applikation von Gomenolsalbe oder Borsäure-Resorcin-Vaselin (5,0 : 0,25 : 25,0) und Einträufelungen von Gomenolöl (5,0 : 30,0) oder Resorcinöl (0,25 : 10,0) oder Mentholöl (1,0 : 100,0), die Antiseptik des Mundes und Rachens, die richtig durchgeführt eine Garantie gegen das Auftreten von sekundären Infektionen und von

Digitized by Google

Bronchopneumonie gewähren soll, durch sorgfältige Spülungen und Irrigationen mit abgekochtem Wasser, dem pro Liter 1—2 Efslöffel voll Natriumhypochlorit zugesetzt werden können. Bei Stomatitis sind Irrigationen mit Wasserstoffsuperoxydlösung und Touchierung etwaiger Erosionen mit Chlorkalk angezeigt, Ulcerationen der Lippen sind mit Jodoformvaseline zu bedecken. Ulcerationen der Haut läfst M. mit einer mit der fünffachen Wassermenge verdünnten Mischung von Zinc. sulfur., Cupr. sulfur. und Kampfer waschen und mit gepulvertem Ferr. carbonic. bestreuen. Bronchopneumonien behandelt er in der üblichen Weise hydrotherapeutisch. *Götz-München.*

Über die Dukessche „Vierte Krankheit" („Fourth disease"), von Johann v. Bókay - Budapest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Die Abtrennung der „vierten Krankheit" vom Scharlach hält Verfasser für berechtigt; sie verhält sich seiner Ansicht nach zum Scharlach wie die Röteln zu den Masern. Die „vierte Krankheit" hat grofse Ähnlichkeit mit der abortiven Scarlatina; besonders charakteristisch ist der milde Verlauf, das fast vollständige Fehlen von Komplikationen und Nachkrankheiten, das relativ schnelle Schwinden der Infektionsfähigkeit und die starke Verlängerung der Inkubationsdauer (9—21 Tage). Mit voller Bestimmtheit könnte das Vorhandensein der „vierten Krankheit" nur dann angenommen werden, wenn man nachweisen könnte, dafs die Krankheit auch Personen befällt, die schon Scharlach und Röteln überstanden haben, und anderseits die von ihr befallenen nicht gegen spätere Röteln- bezw. Scharlacherkrankung schützt. Eine solche Beobachtung liegt schon aus den 80er Jahren von Nil Filatow vor, der das Krankheitsbild unter dem Namen Rubeola scarlatinosa beschrieben hat. *A. Loewald-Kolmar.*

In einer „Korrespondenz" teilt Klein-Berlin mit, dafs er das als „vierte Krankheit" beschriebene akute Exanthem seit dem Auftreten der Influenza öfter beobachtet habe, es als **Scarlatinoid** zu bezeichnen pflege, und dafs er einen Zusammenhang mit Influenza vermute. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 48.) *A. Loewald-Kolmar.*

Die Windpocken bei Erwachsenen, von Mulert-Waren. (*Ärztl. Rundschau.* 1904. Nr. 42.) Anführung eines bei einem 27jährigen Patienten aufgetretenen Falles von Varicellen. Verfasser war erst in der Diagnose zweifelhaft, da Pusteln mit trübem Inhalt auftraten, der Kranke stark fieberte und über heftige Kopfschmerzen klagte. Die Anamnese jedoch (Patient hatte bei einer Familie, in welcher an Windpocken leicht erkrankte Kinder sich befanden, gewohnt), die Tatsache, dafs der Kranke zweimal mit Erfolg geimpft war, der Umstand, dafs auch die erkrankten Kinder geimpft waren und am Orte keine Pockenerkrankungen vorgekommen waren, liefs die Diagnose Varicellen gerechtfertigt erscheinen. M. knüpft hieran die Bemerkung, dafs es wichtig sei, über das Vorkommen der Varicellen auch bei Erwachsenen genauer unterrichtet zu sein wie seither, um nicht unnötigerweise den Apparat, wie er heute bei Pockenverdacht sofort arbeiten mufs, in Bewegung zu setzen und ihn dadurch vor der Öffentlichkeit zu mifskreditieren. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Varicellen während einer Pockenepidemie, von P. D. Bourland. (*Med. News.* 2. Jan. 1904.) Während der zu Anfang dieses Jahrhunderts (genauer: von Mai 1900 bis Dezember 1902) ins B.s Gegend wie in fast ganz Nordamerika herrschenden Pockenepidemie traten (November 1901) Fälle von Varicellen hervor. Verfasser hat etwa 100 beobachtet. Die Notwendigkeit und gelegentliche Schwierigkeit einer Differentialdiagnose unter solchen Umständen veranlassen ihn, seine Beobachtungen hier zusammenzufassen. Als eine Besonderheit erwähnt er eine Schwellung der Occipitaldrüsen, welche in 16 von 29 daraufhin untersuchten Fällen vorkam. Im übrigen läuft die Arbeit einfach auf eine Schilderung der klinischen Erscheinungen bei Wasserpocken hinaus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Digitized by Google

Varicella, von L. Galliard-Paris. (*Arch. gén. de méd.* 1904. Nr. 1.) Enthält eine kritische Übersicht der neueren (22) Publikationen über diese Krankheit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Vorkommen der Pocken im Kanton Zürich im 19. Jahrhundert, von S. Rabinowitsch-Tonkonogowa. (Inaug.-Dissert. Zürich 1903.) Bei der statistischen Bearbeitung des Materials über das Vorkommen der Pocken im Kanton Zürich im 19. Jahrhundert hat Verfasserin eine Reihe bemerkenswerter Tatsachen festgestellt, um zur Lösung der Frage beizutragen, ob die Impfung einen Einfluſs auf die Pockenempfänglichkeit und die Pockenerkrankung hat, und ob der Einfluſs ein derartiger ist, daſs die Impfung als prophylaktisches Mittel zur möglichst weiten oder gar zur allgemeinen Anwendung in der Bevölkerung zu empfehlen ist.

Seit dem dritten Dezennium hat im Kanton Zürich eine fast allgemeine Impfung der Kinder im frühesten Alter platzgegriffen. Seit den 80er Jahren wurde die Impfung nach und nach verlassen, und die Neugeborenen wachsen meist ungeimpft auf. Im allgemeinen haben die Pocken nicht den Charakter einer Kinderkrankheit, wie sie es noch im Anfang des Jahrhunderts waren und in den Ländern, die die Impfung noch nicht kennen, jetzt noch sind. Im einzelnen hatte sich im Laufe des Jahrhunderts bis zu den 80er Jahren die gröſste Morbidität aus dem Kindesalter zu den höheren Altersklassen verschoben. Seit den 80er Jahren wächst aber der Anteil der jüngeren Altersklassen von neuem an. Die geimpften Kinder erkranken im allgemeinen nicht vor dem 15. Lebensjahr. Solche Erkrankungsfälle kommen zwar vor, sind aber verhältnismäſsig so selten, daſs sie als Ausnahmen betrachtet werden können. Die Geimpften zeigen im Falle der Erkrankung leichtere Formen der Krankheit, und zwar dies um so mehr, je kürzer die seit der Impfung verstrichene Zeit ist; die Nichtgeimpften weisen im Gegenteil die schwereren Formen auf. Zugleich ist die Morbidität der ersteren geringer als die der letzteren. Die Revaccination hat dieselbe Wirkung wie die erste Impfung. *Fritz Loeb-München.*

Das Leicester stampingout-System und der Bericht Killick Millards über die Pockenepidemie zu Leicester, von L. Voigt-Hamburg. (*Hygien. Rundschau.* 1. Sept. 1904. Vol. XIV. Nr. 17.) Von den Impfgegnern sind die Verhältnisse in Leicester (England) wiederholt als ein Beweis für die Überflüssigkeit der Impfung angeführt worden. Nach dem Bericht des Stadtarztes Killick Millard liegt hierzu durchaus keine Veranlassung vor. In der 220000 Einwohner zählenden Stadt ist seit 15 Jahren eine energische Agitation gegen das Impfen betrieben worden, und M. schätzt die Zahl der Ungeimpften auf 60—70000. Im Dezember 1902 trat dort eine Pockenepidemie auf, die bis zum Spätherbst 1903 anhielt, anfangs 1904 wieder ausbrach und im Mai noch nicht beendet war. (Inzwischen ist England im ganzen fast, wenn auch nicht gänzlich, pockenfrei geworden. Ref.) Bei dieser Gelegenheit zeigte es sich, daſs die doch erheblich in der Minderzahl befindliche ungeimpfte Bevölkerung etwa ebensoviele Erkrankungsfälle lieferte wie die (meist allerdings nur einmalig) geimpften Einwohner. Dabei hatten die ungeimpften eine acht- bis neunmal schwerere Mortalität. Die Bekämpfung der Epidemie wurde bewirkt durch möglichst ausgebreitete Durchführung der Impfung, soweit dies ohne gesetzliche Zwangsmaſsregeln möglich war; ferner durch sofortige Meldung (telephonisch) und Isolierung aller festgestellten Fälle und möglichst genaue Beaufsichtigung der mit diesen in Berührung gekommenen Personen (Kontakte). Auſserdem wurden die verseuchten Wohnräume und Effekten einer gründlichen Desinfektion unterworfen. Zum Gelingen trug jedenfalls der Umstand bei, daſs die Epidemie an sich in milder Form auftrat. Bemerkenswert ist, daſs von den „Kontakten“ keines erkrankte, wenn es sofort am Tage der Exponierung geimpft wurde. *Philippi Bad-Salzschlirf.*

Studien über Variola und Vaccine, von H. de Waele und E. Sugg-Gand. (*Arch. internat. de Pharmacodynamie et de Thér.* 1904. Vol. XIII.) In einer früheren Arbeit teilten Verfasser mit, dafs sie in einem Streptococcus den Träger des Pockengiftes und der Vaccine entdeckt zu haben meinten. Die vorliegende Arbeit enthält weitere Angaben in dieser Beziehung. Bei Gelegenheit einer Pockenepidemie in Antwerpen fanden sie bei vier dort zur Autopsie gelangten Fällen wenigstens dreimal den spezifischen, von ihnen Streptococcus variolo-vaccinalis genannten Organismus. Als Probe auf die Spezifizität desselben führten sie Versuche auf die agglutinierende Wirkung des Blutserums verschiedener (fünf) Patienten in Antwerpen mit dem Streptococcus aus, und sie fanden das gleiche Resultat bei den in Antwerpen wie bei den in Gand bei ihren ersten Forschungen untersuchten Fällen. Auch bei einer gröfseren Reihe von Beobachtungen an Kälbern, welche teils mit Lymphe geimpft wurden, teils den Streptococcus injiziert erhielten, sowie bei einer Anzahl von Kontrollversuchen fanden Verfasser eine Bestätigung ihrer ersten Angaben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Leukocytenverhältnis bei Variola und Varicellen; die Bedeutung desselben für die frühzeitige Diagnose der Pocken, von Lagriffoul. (*Montpellier méd.* 1904. Nr. 6.) Die von L. bei sechs Fällen von Variola resp. Variolois angestellten Untersuchungen ergaben im wesentlichen eine volle Bestätigung des von Courmont und Montagard gefundenen Resultates, dafs bei dieser Erkrankung mit grofser Regelmäfsigkeit eine Hyperleukocytose, und zwar der mononukleären Elemente zu konstatieren ist. Diese Forscher stellten als Schema den Satz auf: Mononukleose mit abnormer Bildung von Myelocyten oder, mit einem Worte, eine Myelocytose. Eine Änderung in diesem Sinne soll auch schon während des prodromalen Exanthems bestehen, was differentialdiagnostisch im Gegensatz zur Scarlatina (mit der Formel Polynukleose mit Eosinophilie) von Wichtigkeit wäre. Dies hat L. in einem Falle bestätigen können, während sonst die Zählung der Blutkörperchen nicht die gewünschte Klarheit brachte. Allerdings hatte der eine Patient zuvor an Rheumatismus acuta (Schema: Polynukleose) gelitten. Von besonderer Bedeutung kann der Gegensatz zu Varicellen sein. Bei dieser Affektion fand L. wie andere Forscher folgendes: Keine kernhaltigen Erythrocyten (deren es bei Variola stets wenigstens einige gab), mäfsige Vermehrung der polynukleären Elemente, aber sonst im ganzen Fehlen von abnormen Bestandteilen, wie Myelocyten u. a. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die ätiologische Begründung der Pockendiagnose, von Jürgens-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 45.) Die ätiologische Bedeutung des Cytoryctes vaccinae erscheint dem Verfasser nach den Untersuchungen von Guarnieri und von v. Wasielewski hinlänglich begründet. Die Tatsache, dafs der Guarnierische Parasit nur dann im Hornhautepithel des Kaninchens nachweisbar ist, wenn Pockenpustelinhalt oder Vaccinematerial in eine Epitheltasche hineingebracht wird, gestattet die praktische Verwertung für das klinische Studium der Variola. In klinisch zweifelhaften Fällen kann die Differentialdiagnose zwischen Variola und anderen Krankheitsprozessen allein und sicher durch den Tierversuch gestellt werden. Verfasser berichtet über eigene Erfahrungen, die ihm die Durchführbarkeit solcher Untersuchungen bewiesen haben. Von entscheidender Bedeutung ist diese ätiologische Methode für die Unterscheidung von Variola und Varicellen. Aber auch für unsere Auffassung der Pathogenese und Epidemiologie der Pocken überhaupt, sowie für die Erklärung der Wirkung der Schutzimpfung verspricht ein weiteres Studium der Beziehungen des Cytoryctes zum menschlichen Organismus wichtige Aufschlüsse.

A. Loewald-Kolmar.

Die Parasiten der Variola, Vaccine und Varicellen, von W. E. de Korté-London. (*Lancet.* 24. Dez. 1904.) Die Ursache, weshalb es bisher nicht gelungen ist,

die Infektionsträger der Variola und der verwandten Affektionen festzustellen, erklärt Verfasser durch die leichte Zerstörbarkeit derselben. Er hat bei vorsichtiger Untersuchung von Pockenmaterial, von Kälberlymphe, sowie des Produktes von Kaffernpocken im hängenden Tropfen mit grofser Regelmäfsigkeit einen kugeligen, beweglichen Körper, welcher einen Kern und eine Anzahl stark lichtbrechender Körner enthielt, gefunden und bezeichnet denselben als Amoeba Variolae vel Vaccinae. Diese Körperchen zeigen bei den verschiedenen obigen Infektionen einige Abweichungen. Allen gemeinsam ist die Eigenschaft, dafs sie sehr leicht durch leisesten Druck oder Entziehung von Feuchtigkeit zerstört werden. Färbungen gelingen aufser bei den Varicellen-Protozoen nur unvollkommen. Verfasser gebrauchte Loefflersches Methylenblau und Gentiana-Violett. Über die Fortpflanzungsweise dieser Parasiten (für deren Tatsächlichkeit die Bestätigung noch abzuwarten sein dürfte. Ref.) verspricht Verfasser demnächst einige Beobachtungen mitzuteilen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über einen Fall von Pocken, von J. F. Hodgson - Halifax. (*Lancet* 3. Dez. 1904.) Verfasser liefert einen Beitrag zur Übertragung der Pocken in utero. Die Mutter erkrankte am 27. Oktober, zeigte am 31/X. Pockenausschlag, gebar am 4. November ein ausgetragenes Kind und starb am selben Abend. Das sofort geimpfte Kind zeigte am 7. ein positives Resultat an allen vier Stellen, aber am folgenden Tage stellten sich nebst einem scarlatinoformen Erythem unverkennbare Variolaläsionen ein. Am 15. November erfolgte der Exitus letalis.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Variola mit ungewöhnlichem Verlauf, von R. Rolfe-Avonmouth. (*Lancet.* 31. Dez. 1904.) Ein 30 jähriger Mann, der seit dem Säuglingsalter nicht wieder geimpft worden war, setzte sich einer Infektionsgefahr aus. Genau zwölf Tage später kam er mit den üblichen Initialsymptomen der Variola in Behandlung. Die Temperatur stieg an einem Tage bis 40°, fiel aber in 24 Stunden ab und blieb im weiteren Verlauf normal. Etwa eine Woche nach den ersten Krankheitserscheinungen traten einige Papeln an Armen, Beinen, Nacken und Kopf hervor, im ganzen 18—19. Die Läsionen entwickelten sich zum Teil zu typischen Variolapusteln aus. Die am fünften Krankheitstage vorgenommene Impfung zeigte keine deutliche Reaktion während der ersten 16 Tage. Alsdann entwickelte sich an einer Stelle ein typisches Vaccinebläschen gerade zur Zeit, als die Pockenläsionen abheilten. Der fast fieberlose Verlauf und das Fehlen aller subjektiven Beschwerden nach dem Temperaturabfall waren besonders bemerkenswert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Variola haemorrhagica, von Deléarde und Taconnet-Lille. (*Arch. génér. de méd.* Jahrg. 81. Vol. II.) Bei der Variola haemorrhagica sind zwei Formen zu unterscheiden: die primäre und die sekundäre. Letztere äufsert sich als multiple kleinere und gröfsere Blutergüsse im Anschlufs an die Läsionen des suppurativen Stadiums. Erstere tritt als Anfangsstadium hervor, befällt am zweiten oder dritten Tage den ganzen Körper mit Einschlufs des Gesichts in ähnlicher Art wie der Scharlachausschlag, aber mit intensiverer, weinroter Färbung. Wenn die Hämorrhagien in der Haut einen höheren Grad erreichen, entsteht ein Bild, das man als Exanthema astacoides (*ἄσταχος* = Hummer) bezeichnet hat. Verfasser haben bei einer ausgedehnten Epidemie in Lille unter einem Krankenhausmaterial von 1004 Patienten 57 Todesfälle an dieser Art von Pocken in den Jahren 1902 und 1903 beobachtet. Um die Ätiologie dieser Krankheitsform genauer zu studieren, haben Verfasser bei 16 Fällen von primärer Variola haemorrhagica unter allen Kautelen mittels steriler Spritze der Vena mediana Blut entnommen und Kulturen angelegt. In neun Fällen erhielten sie Reinkulturen von Staphylococcus albus oder aureus, in den sieben anderen Streptokokken. Ferner konstatierten sie in den Blutergüssen und selbst im Urin bei Hämaturie die von Roger

Digitized by Google

als Variolakörperchen beschriebenen Gebilde, welche sie auch für pathognomonisch erachten. Demnach erklären sie die Variola haemorrhagica als durch die Kokkeninvasion an einem durch das Pockengift geschwächten Organismus bedingt. Die von verschiedenen Autoren konstatierte Verminderung der Leukocyten und die damit verbundene Herabsetzung der Phagocytose begünstigt die deletäre Wirkung der Kokken.

Im übrigen enthält die Arbeit eine ziemlich ausführliche Besprechung der spezielleren Pathologie der Affekion in klinischer und anatomischer Beziehung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Variola haemorrhagica, von C. Fraser-London. (*Lancet.* 27. Aug. 1904.) Im Pockenhospital zu Dagenham wurden im Jahre 1902 unter 1200 Pockenkranken 36 Fälle der hämorrhagischen Art behandelt. Verfasser beschreibt die klinischen Erscheinungen unter Einteilung in drei Gruppen: Bei Klasse I sieht man während des Initialstadiums der Krankheit schon Hämorrhagien an der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten in Form von Petechien und Ecchymosen; der Kranke stirbt in der Regel, ehe der charakteristische Pockenausschlag sich ausbildet (fünf Fälle, alle letal verlaufen). II. Die Blutungen betreffen nicht nur die eigentlichen Variolaläsionen, sondern auch die freien Zwischenräume der Haut (21 Fälle, alle tödlich). III. Bei dieser Gruppe ist nur das Gebiet der Pusteln hämorrhagisch (zehn Fälle, von denen neun starben). Bei allen diesen Patienten war die Impfung ungenügend oder gar nicht ausgeführt worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

John of Gaddesden, Blattern und die Finsenlichtbehandlung, von H. E. Handerson-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* 1904. Nr. 10.) Ein berühmter Arzt des 14. Jahrhunderts, John of Gaddesden, hat ein Buch herausgegeben, was sich große Popularität erwarb; es war die „Rosa anglica practica medicine a capite ad pedes“, kurz genannt „Rosa Anglica“, die auch jetzt auf einmal wieder von sich reden machte. Es war nämlich darin Erwähnung getan, daſs bei Variola rote Decken zum Einhüllen des kranken Körpers und zum Abschwächen des Krankheitsvorganges empfohlen werden. Wie leicht könnte nun mancher Geistreiche versucht sein, eine Analogie der heutigen Lichtbehandlung mit der Röte der Decken von damals in Einklang zu bringen. Demgegenüber hebt H. hervor, daſs die rote Farbe damals unter ganz anderen Vorstellungen angewandt worden ist als etwa in unserer Zeit der Lichtbehandlung; man hatte jedenfalls ganz andere Vorstellungen bei Benutzung der roten Farbe und brachte dieselbe nicht etwa mit chemischen Wirkungen der Farbe, sondern mit rein phantastischen Vergleichen — rotes Feuer — rote Haut — rote Umgebung der Haut — in Einklang; mögen diese Vorstellungen nur sehr unbestimmt und den damaligen Verhältnissen entsprechend sehr phantasievoll gewesen sein, jedenfalls erlaubt es unsere heutige Phantasie nicht, ein „Alles schon mal dagewesen“ daraufhin anzunehmen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Rotlichtbehandlung bei Pocken, von T. F. Ricketts-London und J. B. Byles-London. (*Lancet.* 17. Sept. 1904.) Zur Ergänzung ihrer Mitteilung über diesen Gegenstand im *Lancet* (30. Juli 1904) geben Verfasser jetzt die Temperaturkurven ihrer 13 Patienten, sowie Photogramme von drei Kranken, bei denen die Rotlichtbehandlung einen greifbaren Nutzen nicht bewirkte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. № 7. 1. April 1905.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien.
Vorstand: Prof. Dr. E. Finger

Therapeutische Erfahrungen über Enésol (salicylarsensaures Quecksilber) bei Syphilis.

Von

Dr. Oskar Goldstein.

Die Frage, ob leicht oder schwer löslichen Quecksilberverbindungen bei der Behandlung der konstitutionellen Syphilis der Vorzug gebühre, ist so vielfach und eingehend erörtert worden, daſs der bloſse Hinweis darauf uns der Aufgabe enthebt, dieselbe an dieser Stelle neuerdings in Diskussion zu ziehen. Daſs eine Erörterung dieses Gegenstandes eine so geringe Aussicht hat, zu einer endgiltigen Entscheidung zu führen, hat unter anderem auch darin mit seinen Grund, daſs unsere Kenntnisse über die spezifische Wirksamkeit des Quecksilbers im allgemeinen noch sehr dürftige sind und es mehr oder minder auch bleiben werden, solange wir das Virus nicht genauer kennen, gegen welches wir damit ankämpfen; solange wir infolgedessen auch nichts Sicheres darüber wissen, ob und inwieweit es unserer Abwehr zu danken ist, jenes vernichtet zu haben, solange wir kein Mittel in der Hand haben, etwas Bestimmtes darüber auszusagen, ob der Kampf nicht nur für den Augenblick, sondern auch für die nächste und fernste Zukunft als beigelegt zu betrachten ist, ob wir uns nicht vielleicht gerade dadurch, daſs wir es nun auch mit einem in seinem Wirken für unser geistiges Auge unsichtbaren Widersacher zu tun haben, selbst einer wertvollen Hilfskraft beraubt haben; solange der Streit unentschieden darüber wogt, inwieweit wir es kraft der merkurialisierenden Behandlung in unserer Gewalt haben, das plötzliche Auflodern des „Tertiarismus“ hintanzuhalten; solange, um es in wenige Worte zu kleiden, Ätiologie, Prognose ebenso wie gewisse Fragen der Pathologie der Syphilis auf so schwanken Stützen ruhen, wird es auch seine Schwierigkeiten haben, die Frage der Therapie einer vollkommen befriedigenden und gedeihlichen Lösung zuzuführen.

Digitized by Google

Bis auf weiteres müssen wir uns demnach mit dem Vorhandenen bescheiden, nüchtern und unbeirrt auf dem betretenen Wege weiterwandeln und jene Mittel einer vorurteilslosen Kritik unterziehen, die uns im gegenwärtigen Moment als „Adjuvans“ an die Hand gegeben werden.

Grofs ist die Zahl der leicht löslichen Quecksilbersalze, welche in die Injektionstherapie der Syphilis Eingang gefunden haben, keines hat jedoch bisher den gestellten Anforderungen vollauf zu genügen vermocht, vielmehr haben die meisten, zu Anfang mit gröfserem oder geringerem Enthusiasmus begrüfst, schliefslich die in sie gesetzten Erwartungen enttäuscht und sind wieder der Vergessenheit anheimgefallen. Vielleicht das Sublimat allein hat sich die Mehrheit seiner Anhänger bewahrt, diese mufsten aber mit den unbestrittenen Vorzügen desselben eine Reihe nicht unbeträchtlicher Unbequemlichkeiten, welche die Behandlung häufig störend beeinflussen, mit in den Kauf nehmen.

Angesichts dieser noch der Ausfüllung harrenden Lücke in unserem Heilmittelschatz schien es geboten, dem Enésol, dessen Anwendung überdies von französischer Seite (1) warm empfohlen worden war, die erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Dasselbe entstammt dem Laboratorium des Hauses Clin & Cie. in Paris und wurde uns von diesem in der bereitwilligsten Weise zur klinischen Überprüfung zur Verfügung gestellt.

Unter dem Namen „Enésol“ (ἡ ἔνεσις = die Einspritzung) verbirgt sich eine salicylsaure Quecksilber-Arsen-Doppelverbindung — oder genauer: ein saurer Esther der arsenigen Säure mit Salicylsäure, in welchem die dritte Hydrocylgruppe durch Quecksilber substituiert ist, nämlich folgendermafsen:

As $\begin{matrix}-OH\\-OH\\-OH\end{matrix}$	$C_6H_4(OH)COOH$ $C_6H_4(CH)COOH$	$C_6H_4(OH)COO(H)$ $C_6H_4(OH)COO(H)$	As $\begin{matrix}Hg\\(OH)\\(OH)\end{matrix}$	$\left.\begin{matrix}C_6H_4(OH)COO\\C_6H_4(OH)COO\end{matrix}\right\rangle As-Hg$
arsenige Säure	Salicylsäure			

— von organischer Konstitution, welche die Eigentümlichkeit aufweist, eine geringe Toxizität zu entfalten, so dafs das Salz, wiewohl seine Komponenten so exquisit toxisch sind, dem Organismus in relativ grofsen Dosen durch lange Zeit schadlos einverleibt werden kann. Es stellt ein amorphes, weifses, in Wasser lösliches Pulver dar, das, ohne sich dabei in seine Bestandteile zu zerlegen, leicht sterilisiert werden kann. Die wässerige Lösung ist eine klare, durchsichtige Flüssigkeit, in der sich das darin enthaltene Quecksilber durch die gewöhnlichen Reaktionsmethoden nicht erkennen läfst, dagegen konnten wir durch Zusatz von Zinkstärkekleister und Jodtinktur freie Salicylsäure in ziemlicher Menge und aufserdem arsenige Säure nachweisen. Nach der Angabe von Coignet sollen im Enésol 38,46% Quecksilber und 14,4% metallisches Arsen enthalten sein.

Mit diesem neuen Präparate, über welches Urteile deutscher Autoren bisher nicht vorliegen, wurden 50 Patienten unserer Klinik (33 Männer,

17 Frauen) der Behandlung unterzogen. Die Einspritzungen wurden streng intramuskulär in die Nates, und zwar abwechselnd links und rechts, vorgenommen. Der Vorgang hierbei war im allgemeinen der überhaupt an unserer Klinik übliche, also in Kürze geschildert, etwa folgender: Die Spritze wird mit einer durch vorheriges Auskochen, mehrmaliges Durchspritzen von verdünnter Karbollösung und Alkohol sorgfältigst desinfizierten, entsprechend langen Nadel armiert, und sodann die Injektionsflüssigkeit aus dem Behälter aufgezogen. Sodann wird die Einstichstelle aufgesucht. Als solche wählen wir verschiedene Punkte einer etwa rechteckigen Partie zu beiden Seiten der Crena ani, die nach unten hin durch eine horizontale Linie, welche man sich durch die höchste Kuppe der beiden grofsen Trochanteren gezogen denkt, begrenzt wird. Nur ausnahmsweise wurde von dieser Regel Abstand genommen und die Gegend um die Spina ischiadica post. inf. als Injektionsstelle gewählt, in einem Falle beispielsweise deshalb, weil der Ort unserer Wahl durch von früheren Salicylquecksilberinjektionen herrührende, massige Infiltrate mit Umwandlung der Muskulatur in derbes, schwieliges Gewebe, das den Einstich ver wehrte, besetzt war.

Nach der üblichen Desinfektion der betreffenden Gegend wird die Haut mittels Daumen und Zeigefinger der linken Hand gespannt und hierauf die Nadel senkrecht in einem Zeitmoment, nicht vielleicht ruckweise, eingestochen. Dann wird die Flüssigkeit langsam injiziert, die Nadel rasch wieder herausgezogen und die betreffende Stelle leicht massiert. Von einer weiteren Versorgung derselben wird abgesehen. Gewöhnlich wurde diese Prozedur am stehenden Kranken vorgenommen, doch gaben einzelne Patienten bestimmt an, die Injektion an ihnen in Bauchlage vorgenommen, weil mit geringeren Schmerzen verbunden, vorzuziehen, was darin seinen Grund haben dürfte, dafs eine Entspannung der Muskeln in dieser Position oft leichter zu erzielen ist. Wir injizierten 2 ccm Enésol (= 6 cg salicylarsensaures Quecksilber) entsprechend dem Inhalte einer Originalphiole auf einmal, und zwar im allgemeinen jeden Tag, nur in der ersten Zeit unserer Versuche in längeren zeitlichen Zwischenräumen. Die Behandlung wurde gewöhnlich bis zum völligen Schwinden aller Erscheinungen fortgesetzt, und waren hierzu durchschnittlich 15—20 Injektionen erforderlich, doch wurden auch bis 30 Injektionen — darüber hinaus fehlen uns Erfahrungen, weil wir nie in die Lage versetzt wurden, länger zu injizieren — anstandslos vertragen.

Überhaupt scheint die Giftwirkung des neuen Salzes eine sehr geringe zu sein, und hatten wir ebensowenig Gelegenheit, Diarrhoen, Koliken oder gar Darmblutungen zu beobachten, wie etwa Reizerscheinungen seitens der Nieren. In neun Fällen (in einem davon bereits nach zwei, in einem anderen nach drei Injektionen) trat Stomatitis mercurialis in Er-

Digitized by Google

scheinung, das Aussetzen der Behandlung und sorgfältigere Pflege des Mundes von seiten der Kranken genügte, um diesen unangenehmen Zwischenfall gewöhnlich binnen einigen Tagen zu beseitigen und die Kur erfolgreich zu Ende zu führen. Ebenso beobachteten wir bei drei Patienten das Auftreten stomatitischer Geschwüre an der typischen Stelle hinter den letzten Mahlzähnen, welche ebenso wie die Stomatitiden auf Bepinselung mit Wasserstoffsuperoxyd MERCK 30%, das sich uns neuerdings ausgezeichnet wirksam erwies, ohne weitere Schwierigkeit zum Rückgange gebracht wurden.

Obwohl der relativ grofse Prozentsatz nicht geleugnet werden kann, in dem diese Komplikation auftrat, und wir auch häufig blofs livide Rötung, Auflockerung und Schwellung der Zahnfleischpapillen oder Schmerzhaftigkeit der Gingiva und beginnenden Speichelflufs bemerkten, wo es also zur völligen Ausbildung einer Stomatitis mit den schmierigen Belägen nicht kam, so mufs demgegenüber doch darauf hingewiesen werden, dafs wir es bei keiner der anderen Methoden der Quecksilberbehandlung, ganz besonders aber nicht bei den leicht löslichen Injektionspräparaten in Händen haben, jene zu vermeiden, und die Zahl derselben auch bei Verwendung des uns beschäftigenden Mittels reduziert werden könnte, wenn neben peinlichster Mundpflege sorgfältig darauf geachtet würde, dafs eine Behandlung kariöser Zähne der Kur vorauszugehen hätte, Momente, auf die wir besonders in der letzten Zeit unserer Versuche, auf die Gefahr der Stomatitis aufmerksam geworden, mit um so gröfserem Nachdruck hingewirkt haben. Gewifs spielt aber bei manchen Individuen, wo es trotz aller angewandten Vorsicht immer und immer wieder zur Hydrargyrose der Mundhöhle kommt, auch eine noch ungeklärte Veranlagung, eine besondere Idiosynkrasie eine wesentliche Rolle. Anderseits aber wäre, wie FINGER (2) betonend hervorhebt, eben durch jene oben beschriebenen Zahnfleischveränderungen der unerläfsliche Beweis einer wirksamen Merkurialisation erbracht.

Eine gewisse Disposition, wenn auch nicht in dem Sinne wie für die Stomatitis, vielmehr eine Art neuropathischer Konstitution ist wohl auch mitunter verantwortlich für die so verschiedene Toleranz gegen die durch die Injektion verursachten Schmerzempfindungen. Auf der einen Seite sahen wir Patienten, und diese umfafsten die überwiegende Mehrheit, welche die Einspritzungen ohne die geringste schmerzhafte Sensation vertrugen, anderseits wurden die unterschiedlichsten Klagen und Angaben laut über das Gefühl von Schwere, Vertaubung, „Geprelltsein“ u. a. m. bis zu wirklichen heftigen, sowohl lokalen wie auch ins Kreuz und in die unteren Extremitäten ausstrahlenden Schmerzen, die bald nur ganz kurze Zeit anhielten, bald auch die Kranken im Liegen ebenso wie im Sitzen und Gehen bisweilen durch Tage belästigten und in der Nachtruhe störten.

Digitized by Google

Dafs es aber nicht stets dem Präparate eigentümlich ist, Schmerzen auszulösen, dafs vielmehr noch andere Momente als Ursache mitspielen, dafür schien uns einer unserer Kranken den Beweis zu erbringen, ein kleiner, schwächlicher Junge im Alter von elf Jahren, der wegen Lues hereditaria tarda in Behandlung kam und der, wiederholt darüber befragt, erklärte, auch nicht die geringsten Schmerzen zu empfinden. In dieser Hinsicht sind wir nun ganz auf die Angaben des Einzelnen angewiesen. Objektiv konstatierten wir in solchen Fällen nicht selten derbe, auf Druck schmerzhafte Infiltrate von Kronen- bis Flachhandgröfse, doch wurde der Schmerz seitens der Kranken mitunter nicht an die Injektionsstelle selbst lokalisiert, sondern an einen von dieser entfernt gelegenen Punkt, niemals gingen diese Infiltrate in Vereiterung oder Gangränescierung über, sie schwanden vielmehr nach längerem oder kürzerem Bestande von selbst oder unter hydropathischer Behandlung. Übrigens waren die Schmerzen, wenn überhaupt vorhanden, niemals so hochgradig, dafs die weitere Verabfolgung der Injektionen vielleicht zurückgewiesen wurde, oder es geboten schien, zu einer anderen Behandlungsmethode zu greifen.

Im Gegenteil, wir konnten beobachten, dafs einer unserer Kranken mit Syphilis maligna praecox, der durch langes Krankenlager, behinderte Nahrungsaufnahme, Schmerzen, Schlaflosigkeit, sowie wiederholte Blutungen aus arrodierten Gefäfsen in den geschwürig zerfallenen Partien des harten und weichen Gaumens hochgradig geschwächt, im Ernährungszustande sehr herabgekommen war und andere Injektionen perhorresziert hatte, die ihm durch das Enésol verursachten, geringfügigeren Schmerzen ertrug, wobei die Krankheitserscheinungen, welche bisher der mit bald mehr, bald weniger Erfolg gewechselten Therapie Widerstand geleistet hatten, zurückgingen, das Allgemeinbefinden sich besserte und sein Körpergewicht zunahm.

Auf den sicherlich der Berechtigung nicht entbehrenden Einwurf, dieser Fall wäre nicht „einwandfrei“, sei entgegnet, dafs wir ihn sowie alle übrigen vor- oder gleichzeitig mit anderen spezifischen Medikationen behandelten, zu welchen wir aber mitunter aus Utilitätsgründen zu greifen genötigt waren, auch nicht so auffassen, worauf es aber schliefslich bei einem praktischen Heilzwecken dienenden Mittel nicht ankommt; immerhin möchten wir daraus die Indikation ableiten, ebenso bei ulcerösen Frühformen wie bei schweren, der Therapie hartnäckig trotzenden, etwa mit progredienten Knochenzerstörungen einhergehenden Spätformen auch mit dem vorliegenden Präparat einen Versuch anzustellen. Aufser bei dem eben skizzierten konnten wir nämlich auch bei mehreren Fällen mit fortschreitenden Knochengummen, welch ähnliche Fälle für manche Syphilidologen eben wegen ihrer Resistenz bestimmend gewesen sein mögen, bei maligner Syphilis überhaupt von der Verwendung des Quecksilbers abzusehen, die Wahrnehmung machen, dafs sich das Enésol gut bewährte.

Digitized by Google

Doch war der schliefsliche Erfolg nicht durchwegs ein befriedigender zu nennen. So wurde bei einer Patientin, welche durch gummöse Zerstörungen bereits das gesamte knorpelige und knöcherne Nasengerüst eingebüfst hatte, und bei der trotz Verwendung von Jod, Decoct. Sarsaparilla, Zittmann und Quecksilber in den verschiedenen Arten der Darreichung der Prozefs auf das Stirnbein überzugreifen begann, unter Enésolbehandlung (20 Injektionen) nach Abstofsung von mehreren kleinen Knochensequestern Stillstand und unter Zuhilfenahme des Lapisstiftes teilweise Überhäutung des Defektes innerhalb der überhaupt möglichen Grenzen mit sehr zufriedenstellendem Heileffekte erwirkt. Aber kaum waren die Injektionen wenige Tage ausgesetzt, trat eine Osteoperiostitis, entsprechend dem distalen Ende des rechten Radius, mit durch das Röntgenbild festgestellter zentraler, gummöser Einschmelzung des Knochens auf, welche eine neuerliche Injektionsbehandlung erforderlich machte.

Immerhin können wir im allgemeinen den Einflufs des neuen Medikamentes auch auf gummöse Formen als günstig bezeichnen. Von Interesse wäre es nun gewesen, zu prüfen, in welcher Weise sich jener auf Gehirn-, Rückenmark- und periphere Nervensyphilis, auf Erkrankungen des Opticus und seiner Endausbreitungen in der Retina usw. geltend mache. Trotz der Reichhaltigkeit unseres Krankenmaterials war uns aber bisher keine Gelegenheit geboten, Untersuchungen in dieser Richtung anzustellen.

Die Fälle unserer Untersuchungsreihe umfafsten Früh- und Spätsyphilis, sowie die meisten Formen innerhalb derselben, so mannigfach sie uns eben durch die Gunst des Zufalls geliefert wurden. Bei den 43 an luetischen Frühformen, und zwar 38 davon an rezenter, bisher unbehandelter Syphilis, 5 an Rezidiven Erkrankten — der Rest der Fälle, also 7 betrifft Spätformen —, fanden sich indurative Ödeme, frische und ältere Sklerosen, einzeln und zu mehreren vorhanden, Exantheme makulösen, papulösen und pustulösen Charakters, Lichen syphiliticus mit bald unregelmäfsiger, bald orbikulierter Anordnung, Plaques muqueuses der Mund- und Kehlkopfschleimhaut, krustöse Syphilide des Kopfes mit Defluvium capillorum, Psoriasis syphilitica usw.

Mit den Injektionen wurde mit Ausnahme zweier, vor dem Auftreten von Secundaria präventiv behandelter Fälle, erst nach Erscheinen der Roseola begonnen. Wir sahen Exantheme gewöhnlich nach zwei bis sechs Injektionen wesentlich abblassen, je nach Intensität und Charakter nach drei bis neun Injektionen schwinden, erodierte Sklerosen meistens nach drei bis elf Injektionen vollständig überhäutet, doch blieb oft noch lange Zeit ein derbes Infiltrat an deren Stelle bestehen. Papeln der Zunge, der Tonsillen usw. waren oft noch 10 bis 15 Tage nach Einsetzen der Allgemeinbehandlung und trotz Touchierung mit Argent. nitric., Sublimatalkohol wahrnehmbar, ebenso verging oft ein längerer Zeitraum

bis breite Kondylome selbst unter gleichzeitiger lokaler Applikation von grauem Pflaster, Labaraqueverband, Verätzung mit Solutio Plenkii vollkommen zurückgingen.

Konnten wir auch anderseits beobachten, wie ausgedehnte Tubercula cutanea bereits drei Tage nach Beginn der Therapie zurückzugehen begannen und in der Folge zusehends schwanden, bis schliefslich nur Pigmentierungen zurückblieben, so wird doch in Erwägung zu ziehen sein, ob selbst eine hier und da eklatantere symptomatische Wirkungsweise für uns bestimmend sein kann, uns ohne Bedenken für die ausnahmslose therapeutische Verwendung des Medikaments auszusprechen, ob wir nicht vielmehr die Aufgabe im Auge behalten müssen, dafs wir nicht nur für das Individuum mehr oder minder bedeutsame momentane Erscheinungen, sondern insbesondere eine schwere, oft für Generationen unheilvolle Krankheit in ihrer Grundursache zu beseitigen haben.

Nun scheint das Quecksilber, welches rasch resorbiert nach kurzer Zeit wieder in den Ausscheidungsprodukten der Niere auftritt, auf die Symptome der Syphilis wirksamer zu sein als das Quecksilber der schwer löslichen Verbindungen, welches den Organismus in trägem Laufe passiert.

Um einen Einblick zu gewinnen, wie sich diese Verhältnisse beim salicylarsensauren Quecksilber gestalten, wurde bei der grofsen Mehrzahl unserer Kranken der Harn systematisch sowohl vor Beginn der Injektionstherapie als auch wiederholt im Verlaufe derselben qualitativ und kolorimetrisch quantitativ auf Quecksilber untersucht, wobei wir die von Jolles (3) angegebene, von Oppenheim (4) modifizierte Methode in Verwendung brachten. Diese besteht im Wesen in folgendem:

Einer gröfseren Menge von Harn — wir nahmen bei unseren Analysen gewöhnlich 150—300 g — werden etwa 10 cm³ Acid. hydrochlor. conc. zugesetzt und dieselbe über der Flamme erwärmt. Nach der Angabe von Jolles solle man nun chlorsaures Kalium (zur Entfernung der organischen Substanz) bis zur Gesamtmenge von 1,5 bis 2 g hinzufügen. Da die von uns untersuchten Urine kein Albumen enthielten, sahen wir von dem Zusatz des Kalium chlor. ab und erwärmten einfach so lange, bis kein Chlorgeruch mehr zu verspüren war. Nunmehr wird ein galvanisch vergoldetes Platinwellblech[1] in die Untersuchungsflüssigkeit eingelegt, Zinnchlorür im Überschusse — nach der Originalangabe 30 cm³ Zinnchlorürlösung — zugesetzt und noch etwa eine Viertelstunde lang mäfsig erwärmt. Sodann wird die Flüssigkeit abgegossen, und die Platte zunächst mit Leitungswasser, dann mit Aqua destill. abgespült. Die Platte wird nun in warme verdünnte Salpetersäure, von der sie ganz bedeckt sein mufs, getaucht

[1] Zu beziehen durch Heraeus in Hanau.

und kurze Zeit fort erwärmt. Hierauf wird dieselbe herausgenommen, mit destilliertem Wasser abgespritzt, die Salpetersäure aber weiter eingedampft. Zum Schlusse wird letztere in eine oder besser zum Vergleichen in zwei Eprouvetten geleert, und nachdem der Inhalt abgekühlt, die eine der beiden mit frisch bereitetem Schwefelwasserstoffwasser versetzt. Ist Quecksilber im Urin vorhanden, so entsteht je nach der Menge desselben auf Zusatz von Schwefelwasserstoffwasser eine mehr oder weniger intensive Braungelbfärbung.

Die bei den angestellten Harnanalysen gewonnenen Resultate scheiden sich in zwei Gruppen. Bei der einen Reihe von Untersuchungen konnten wir bereits zwei Stunden nach der ersten Injektion — früher gelang uns der Nachweis nicht — Quecksilber in reichlicher Menge im Urin finden, und dauerte diese Ausscheidung durch ungefähr 20 Stunden an. Nach 24 Stunden war kaum mehr Quecksilber nachzuweisen. Bei der anderen Reihe dagegen zeigte sich bei Zusatz von Schwefelwasserstoffwasser zur eingedampften Salpetersäure keine Veränderung in der Farbennuance oder mitunter eine Spur von Braunfärbung, die häufig überhaupt nur dann merklich war, wenn die $HNO_3 + H_2S$ enthaltende und die nur mit HNO_3 erfüllte, zur Kontrolle bestimmte Eprouvette nebeneinander, und zwar in der Richtung der Längsachse der letzteren betrachtet wurden. Und diese minimale bezw. ganz fehlende Quecksilberausscheidung fanden wir auch dann, wenn wir eine grofse Quantität der gesammelten 24stündigen Harnmenge der Analyse unterzogen. Ob in diesen letztgenannten Fällen im Hinblick auf die Angaben von Kronfeld und Stein (5), welche in manchen Fällen mehr Quecksilber in den Faeces als im Urin fanden, der Darm vicariierend eintritt — da die von uns geübte Methode bisher auf die Untersuchung von Faeces nicht ausgedehnt wurde, sahen wir hiervon ab, doch behalten wir es uns vor, ausführlicher auf diesen Gegenstand zurückzukommen — oder ob vielleicht ein grofser Teil des Quecksilbers in irgendeiner Form im Parenchym der Niere, der Leber oder in der Wandung des Darmes abgelagert wird, darüber möchten wir kaum eine Vermutung wagen. Auch die Möglichkeit der Elimination durch Speichel und Schweifs, durch ersteren besonders mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Stomatitis, ist übrigens nicht zu vergessen. Da aber die rasche Ausscheidung durch den Urin wenigstens für eine Reihe von untersuchten Fällen feststeht, da es für unsere Betrachtungen ferner gleichgültig ist, auf welchem Wege die Quecksilberausscheidung statthat, für die Deponierung des Quecksilbers im Körper aber ein geringer Wahrscheinlichkeitsprozentsatz übrig bleibt, wobei es noch unentschieden ist, ob das Quecksilber nicht eine Bindung eingeht, vermöge welcher es für die Verwertung im Organismus verloren geht, so dürfte wohl unter Berücksichtigung der chemischen Konstitution des salicylarsensauren Queck-

silbers die Annahme nicht ungerechtfertigt erscheinen, dafs das eingeführte Quecksilber rasch aufgenommen, augenblicklich eine relativ energische Wirkung entfaltet, aber ebenso schnell wieder eliminiert wird.

Halten wir damit zusammen die häufige, nur durch kurze zeitliche Zwischenräume getrennte Zuführung von Quecksilber in grofsen Dosen, so wird uns die gelegentlich vorzügliche symptomatische Wirkungsweise nicht wunderbar erscheinen. Nun müssen wir bedenken, dafs wir nicht so sehr eine symptomatische als vielmehr eine kausale Behandlung zu üben haben, und die Wertigkeit des Präparates von diesem weiteren, vielleicht entscheidenden Gesichtspunkte zu beleuchten, dazu bieten uns bis zu einem gewissen Grade Häufigkeit und Beschaffenheit der Rezidiven einen Anhaltspunkt. Selbstredend sind wir bei der Kürze der Beobachtungszeit noch nicht in der Lage, uns definitiv über Charakter der Rezidiven zu äufsern oder absolute Zahlenwerte anzugeben.

Unter den mit dem neuen Medikament behandelten Patientinnen befanden sich auch drei Schwangere, die in verschieden weit vorgeschrittenen Stadien der Gravidität infiziert worden waren, doch steht die Untersuchung der Früchte noch aus. Darüber werden gleichfalls erst Erfahrungen zu sammeln sein, wie über das Verhalten der Rezidiven, welch letztere wir bisher in folgenden fünf Fällen zu beobachten Gelegenheit hatten:

I. Fall. H. S., 19 Jahre, Student, wurde als erster unter unseren Patienten der Behandlung mit Enésol unterzogen. Bei seiner Aufnahme am 13. Oktober 1904 gab er an, seit vier Wochen ein Geschwür am Penis bemerkt zu haben, der Ausschlag sei seit zwei Tagen aufgetreten. Ultimus coitus Ende Juli.

Die klinische Diagnose lautete: Sclerosis erosa in sulco coronario sinistro. Scleradenitis inguinal. dextra; Pityriasis rosea.

Therapie: Borvaselin; Amylum, Alkohol absol.

Am 22. Oktober zeigte sich ein makulöses Exanthem am Stamm, und wurde an diesem Tage mit der Injektionstherapie begonnen, zunächst jeden fünften, weiterhin jeden zweiten Tag der Inhalt einer Originalphiole, 2 cm^3 Enésol, injiziert. Nach zwei Injektionen war das Exanthem, zum Teil wenigstens verdeckt durch die gleichzeitig bestehende Pityriasis, nicht mehr deutlich wahrzunehmen, der Initialaffekt begann nach drei Injektionen zu überhäuten, nach 13 Injektionen war die Überhäutung eine vollständige. Lokal war auf die Sklerose nur Borvaselin appliziert worden. Bei der Entlassung nach 20 Einspritzungen am 11. Dezember 1904 bot Patient keinerlei manifeste Erscheinungen von Lues dar. Zur Nachkur erhielt er Natr. jodat. verordnet.

Am 12. Januar 1905 stellte sich Patient wegen Rezidiverscheinungen in Gestalt von Plaques opalines an der Zungenspitze, am Bändchen der Unterlippe, sowie am Zahnfleische des Oberkiefers links in unserer Ambulanz wieder vor. Zehn weitere Enésolinjektionen, Touchierung der Papeln mit dem Lapisstift brachten die Erscheinungen zum Schwinden.

II. Fall. J. B., 30 Jahre, Journalist. Aufgenommen am 21. Oktober 1904. Die Geschwüre am Penis bemerkt Patient seit fünf Wochen, den Ausschlag seit acht Tagen. Ultimus coitus vor drei Monaten.

Klinische Diagnose: Phimosis. Sclerosis in sulco coronario dorsali. Papulae diphteriticae in glande. Lymphangioitis dorsalis penis modica. Lymphadenitis inguinal bilateralis, cervicalis. Papulae lichenoides et lenticulares partim desquamantes partim crusta tectae per totam cutem dispersae. Psoriasis palmaris et plantaris recens. Pustulae minimae in parte capilata capitis.

Am 21. November konnte Patient, nachdem auf zehn Injektionen alle Erscheinungen von Lues geschwunden waren, das Spital verlassen.

Am 8. Januar erschien Patient wegen Papeln an der Oberlippe und an beiden Tonsillen. Nach zehn weiteren Enésolinjektionen und gleichzeitiger Lapistouchierung waren dieselben geschwunden.

III. Fall. A. R., 37 Jahre, Tischlergehilfe. Aufgenommen am 1. November 1904. Die gegenwärtige Erkrankung besteht seit sechs Wochen. Ultimus coitus vor acht Wochen.

Klinische Diagnose: Sclerosis cicatrisata in sulco coronario dorsali. Scleradenitis inguinal., cubitalis dextra, cervicalis modica. Maculae minores palidae hinc inde in proruptione in trunco.

Nach sechs Injektionen waren alle Lueserscheinungen geschwunden, nach zwölf Injektionen schied Patient am 29. November aus der Behandlung.

Am 10. Januar 1905 stellt sich Patient mit Papeln an der Oberlippe, an beiden Gaumenbögen und seborrhoischen Papeln an der Stirne vor. Nach sieben weiteren Enésolinjektionen waren die letzteren abgeblaſst, nach zwölf bis auf Pigmentationen zurückgegangen, nach 20 Injektionen waren alle Erscheinungen von Syphilis geschwunden.

IV. Fall. R. L., 20 Jahre, Schuhmachergehilfe. Aufgenommen am 4. November 1904. Seit acht Wochen Geschwür, seit einer Woche Ausschlag. Ultimus coitus Juni 1904.

Klinische Diagnose: Sclerosis cicatrisata in lamina int. praeputii. Scleradenitis inguinalis, cubitalis, cervicalis. Maculae minores palidae papulis lenticularibus intermixtae in cute trunci et extremitatum. Papulae orbiculares in mento. Papulae exulceratae confluentes in tonsilla utraque hypertrophica.

Nach zwölf Injektionen alle Erscheinungen bis auf dunkelbraune Pigmentationen als Reste der lenticulären Papeln an der Vorderseite des Abdomen geschwunden. Entlassung am 29. November 1904.

Am 23. Januar 1905 neuerliche Aufnahme.

Klinische Diagnose: Maculae lividae palescentes confluentes, papulis lenticularibus intermixtae. Papulae in tonsilla utraque hypertrophica. Scleradenitis inguinalis, cubital, cervical. Papulae lenticulares crusta tectae in parte capilata capitis.

Es wurde wieder eine Injektionsbehandlung eingeleitet.

V. Fall. R. K., 24 Jahre, Drechslergehilfe. Aufgenommen am 25. Oktober 1904. Seit 14 Tagen bemerkt Patient das Geschwür an der Vorhaut und die Drüsenschwellung, seit fünf Tagen den Ausschlag. Ultimus coitus vor zwei Monaten.

Klinische Diagnose: Phimosis e sclerosi in lamina interna praeputii. Scleradenitis inguinalis bilateralis praecipue sin. Maculae palidae in cute trunci. Condylomata acuminata in margine praeputii.

31. X. Exanthem, zum Teil makulös, zum Teil papulös reichlich ausgebildet.

2. XI. Beginn der Injektionstherapie.

19. XI. Nach sieben Injektionen Exanthem fast abgeblaſst.

27. XI. Zwölfte Injektion. An der Vorderseite des Stammes, besonders reichlich am Bauch und an den Beugeseiten der oberen Extremitäten erscheinen zahlreiche

braunrote, teils im Hautniveau gelegene makulöse, teils über dasselbe hervorragende papulöse Effloreszenzen.

3. XII. Fünfzehnte Injektion. Exanthem, hauptsächlich papulösen Charakters, heute noch deutlicher ausgeprägt. Pap. ad tonsillam sin. eben aufgetreten.

Nach 16 Injektionen wird Patient auf eigenes Verlangen aus der Behandlung entlassen.

Patient, der sich weiterhin keiner solchen unterzog, bot bei Gelegenheit einer Untersuchung am 14. Januar 1905 ein ausgebreitetes papulöses Syphilid am Stamm, sowie konfluierende, diphtheroid belegte Papeln an beiden Tonsillen dar.

Lassen diese wenigen Fälle, bei denen wir mit Absicht etwas länger verweilt haben, um, soweit dies im Bereiche der Möglichkeit gelegen, Klarheit in die Sachlage zu bringen, auch noch keinen allgemein gültigen Schluſs zu, so ist doch ebenso auffällig, daſs etwa mit Ausnahme von Fall II, wo es sich um eine zirka sechs Monate alte Lues handeln dürfte, in den übrigen Fällen das erste Rezidiv — und daſs ein solches vorlag, wäre höchstens im Fall V strittig — vor Ablauf dieser Frist zur Beobachtung kam, wie es auch befremdend und überraschend erscheinen muſs, wenn (wie im Fall V) nach einer gröſseren Zahl von Injektionen plötzlich eine neue Aussaat von Effloreszenzen an der äuſseren Haut und Plaques an der Tonsille auftreten.

Möglicherweise lieſse sich in Zukunft der Termin der Rezidive wenistens hinausschieben und ein günstigeres Ergebnis erreichen als das vorläufig von uns erzielte, wenn die Injektionsbehandlung auch nach dem vollständigen Zurückgehen aller Erscheinungen kontinuierlich oder durch kurze Intervalle unterbrochen noch durch einige Zeit fortgesetzt würde. Und wenn man es auch im vorhinein nicht sicher bestimmen kann, wie eine beginnende Lues sich weiter gestalten, welche Formen und Charaktere, im allgemeinsten Sinne gesprochen, sie annehmen werde, so werden sich doch auch in dieser Hinsicht bei einiger Aufmerksamkeit schon frühzeitig wichtige Anhaltspunkte für die spezielle Behandlung gewinnen lassen. Je nach der eigentümlichen Beschaffenheit des betreffenden Krankheitsfalles aber werden wir unser therapeutisches Handeln besonders einzurichten haben.

Denn wir glauben nicht, daſs es allein genüge, die Zahl der Einspritzungen zu variieren, wir halten vielmehr dafür, daſs wir im Individualisieren, und darauf kommt es an, so weit gehen müssen, daſs wir, anstatt uns von vornherein mehr oder weniger wahllos für ein bestimmtes, eben begünstigtes Präparat zu entscheiden und alle übrigen, wohl auch manche Vorzüge aufweisenden, unbeachtet beiseite zu lassen, bei der Behandlung der verschiedenen Fälle ja sogar innerhalb des einzelnen seiner Besonderheit Rechnung tragend und mit den verfügbaren Behelfen wechselnd vorgehen sollen.

Digitized by Google

Zu diesem Zwecke müfste aber auch die Kluft, welche die leicht und schwer löslichen Quecksilberverbindungen trennt, überbrückt werden, wir meinen in der Art und Weise, dafs gelegentlich auch eine gemischte Behandlung platzzugreifen hätte. Um bei Beginn einer Kur möglichst rasch den Kontakt mit dem Gesamtorganismus herzustellen, dürfte es sich vielleicht empfehlen, mit Injektionen eines leicht löslichen Salzes zu beginnen; um aber der Quecksilberwirkung nicht zu rasch verlustig zu gehen und dieselbe nachhaltiger zu gestalten, durch Beschliefsung der Behandlung mit Einspritzungen eines schwer löslichen Quecksilbersalzes ein Reservedepot zum Zwecke einer weiteren cumulativen Wirkung zu beschaffen. Oder man könnte vielleicht besser die Behandlung so einrichten, dafs zwischen eine bestimmte Anzahl von (leicht) „löslichen" je eine „unlösliche Injektion" eingefügt würde. Vor allem aber in dem Plane einer solchen kombinierten Therapie wäre das salicylarsensaure Quecksilber zu einer hervorragenden Rolle berufen.

Fassen wir unsere bisherigen Erfahrungen über das Enésol nochmals in Kürze zusammen, so können wir sagen:

Das Enésol ist ein leicht lösliches, wenig toxisches Injektionspräparat, welches das Quecksilber in einer eigentümlichen Bindung enthält, vermöge welcher das letztere durch die gewöhnlichen Reaktionen nicht nachweisbar ist und — nebenbei bemerkt — Metallinstrumente nicht angreift.

Wir möchten das Enésol nicht gerne missen besonders bei der Behandlung von malignen Frühformen, ebenso konnten wir uns von dessen Wirksamkeit bei gummösen, ulcerösen Spätformen überzeugen.

Für die ersteren jedoch ebenso wie für die rezenten Stadien überhaupt wären wir geneigt, eine kombinierte Behandlung in Vorschlag zu bringen.

Die Injektionsbehandlung mit Enésol ist im Sinne Neissers als „milde" zu bezeichnen, denn obgleich die Einzeldosis ebenso wie die Gesamtmenge des einverleibten Quecksilbers eine grofse ist, wird dasselbe doch so rasch wieder ausgeschieden, dafs wir ihm eine nachhaltige, durch Summation der Wirkungen sich steigernde Energie kaum zutrauen können.

Die therapeutische Verwendung des Enésol dürfte sich wertvoll und zweckmäfsig erweisen für chlorotische, anämische, tuberkulöse, überhaupt für durch depascierende Krankheiten geschwächte Individuen, ebenso dort, wo gestörte Zirkulationsverhältnisse, eine besondere Idiosynkrasie usw. die Anwendung von schwer löslichen Präparaten nicht angezeigt erscheinen lassen.

In dieser Hinsicht schätzen wir das Enésol ebenso hoch ein wie das Hydrargyrum succinimid, vor dem es sich dadurch auszeichnet, dafs es in

Digitized by Google

größeren absoluten Quantitäten dem Organismus schadlos einverleibt werden kann, daſs es steril und haltbarer ist, sowie ferner auch dadurch, daſs ihm vermöge seines Gehaltes an Arsen eine tonisierende Fähigkeit innewohnt. Diese aber kommt indirekt wieder seiner spezifischen Wirksamkeit zugute.

Müssen wir auch einräumen, daſs das Enésol nicht frei ist von lokalen Reaktionen, daſs die Stomatitis mercurialis häufig die Kur verzögernd und unangenehm störend beeinfluſst, daſs auch die Heilerfolge gewiſs nicht allen gestellten Anforderungen gerecht werden, und darf auch zur Steuer der Wahrheit nicht verschwiegen werden, daſs wir das uns vorschwebende Idealmittel auch im Enésol nicht gefunden haben, so glauben wir doch noch nicht das letzte Wort sprechen zu sollen, möchten dies vielmehr einer weiteren prüfenden Beobachtung vorbehalten.

Literatur.

1. Coignet, *Lyon Médical.* 5. juin 1904. — Breton, *Gazette des Hopitaux de Paris.*
2. Finger, Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. 1901. N° du 12 juillet 1904.
3. Jolles, *Aus den Sitzungsberichten der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien.* Mathem.-naturw. Klasse. Bd. CIX. Abt. II b. März 1900.
4. Oppenheim, Fresenius, *Zeitschr. f. med. Chemie.* 1902.
5. Kronfeld und Stein, *Wien. med. Wochenschr.* 1890.

Aus dem dermatologischen Institute der königl. Universität in Budapest.

Beiträge zur Klinik und Anatomie des sog. Adenoma sebaceum.

Von

Dr. Franz Poór, Assistent der Klinik.

Mit einer Abbildung im Text.

Im Jahre 1885 hat in Paris Balzer in Gemeinschaft mit Ménétrier und später im Jahre 1886 mit Grandhomme eine bislang klinisch und anatomisch unbekannte Hautaffektion unter dem Namen „Adenoma sebaceum“ beschrieben. Nach ihm beschrieb im Jahre 1890 Pringle eine ähnliche Erkrankung und reihte in die Gruppe dieser Affektion auch die Fälle von Brocq, Vidal und Hallopeau ein.

Seither mehrten sich langsam, doch stetig die Angaben über das „Adenoma sebaceum“. Die Seltenheit der Fälle erklärt es, daſs einzelne Autoren in einer Reihe von Jahren nur ein bis zwei Fälle zu beobachten

Digitized by Google

Gelegenheit fanden und so kommt es, dafs die in der Literatur niedergelegten Fälle samt und sonders von einem differenten Gesichtspunkte beschrieben wurden, teils aber ausschliefslich in klinischer Richtung gewürdigt worden sind.

Mit Rücksicht darauf, dafs unter dem Krankheitsbilde des „Adenoma sebaceum", wie wir dies unten entwickeln werden, in struktureller und genetischer Richtung voneinander grundverschiedene Erkrankungen subsummiert wurden, konnte man das wahre Bild der Affektion noch nicht präzisieren.

Auch JARISCH ist in seinem Handbuche gezwungen, die Fälle einfach anzuführen und gesteht offen ein, dafs die Frage der unter dem Namen „Adenoma sebaceum" vorkommenden Affektion noch nicht spruchreif und sehr dunkel sei, die kritische Würdigung der Fälle noch der Zukunft vorbehalten bleibt.

Nach unserem Dafürhalten unternehmen wir daher keine müfsige und unfruchtbare Arbeit, wenn wir auf Grund eines in der letzten Zeit an der Universitätshautklinik beobachteten Falles und nach Studium der einschlägigen Literatur die Frage zu klären trachten.

Der Fall ist folgender: Julie B., ein 16jähriges Mädchen, suchte 1903 unsere klinische Ordination auf.

Anamnese: Eltern und Geschwister gesund, vorher niemals ernstlich erkrankt, gegenwärtiges Leiden begann laut Angabe der Patientin in deren achtem Lebensjahre, als in ihrem Gesichte einige, den jetzigen ähnliche Effloreszenzen entstanden, die seither stationär blieben, in der letzten Zeit sich auch zu vermehren begannen. Insbesondere im letzten Jahre nahmen sie beträchtlich zu. Die Erkrankung verursacht übrigens keine subjektive Empfindung und nur wegen der Entstellung sucht Patientin Hilfe.

Status praesens: Mittelgrofse, gut entwickelte, eher fette als muskulöse Person. Haare blond, psychischer Zustand intakt. An der Haut des Gesichtes, vorwiegend am Nasenrücken, an den medialen Teilen der Wange, doch am stärksten in den nasolabialen Furchen zahlreiche stecknadelkopf- bis hirsekorngrofse, auch erbsengrofse, gelblichrote, halbkugelige, elevierte, harte, voneinander mehr oder weniger isolierte, teilweise aber aneinander gereihte oder zusammengedrängte, doch nirgends konfluierende, zerstreute indolente Tumoren sichtbar. Zwei Geschwülstchen, eines von der Wange, das andere von der Kinngegend, haben wir behufs mikroskopischer Untersuchung exzidiert.

Die histologische Untersuchung der in Sublimat fixierten und in Celloidin eingebetteten Geschwulstmassen ergibt nach usueller Tinktion der Schnitte folgenden Befund:

Sämtliche Schichten des Epithels sind normal. Das Stratum corneum

ist glatt, zeigt weder Hyper- noch Parakeratose. Das Stratum germinativum (Malpighii) überall von gut erhaltener Zellstruktur, aus sechs bis sieben Zellreihen bestehend. Fremde Zellgebilde (Leukocyten) fehlen zwischen den einzelnen Zellen.

Die Kontinuität der Schichten ist nirgends durchbrochen. Die kubischen Zellen der gut entwickelten basalen Schichte zeigen nirgends abnorme Wucherung. Die interpapillären Leisten sind an Stelle des Tumors ein wenig verbreitert. Das einzig Auffallende ist im Epithel das Vor-

handensein zahlloser Talgdrüsenausführungsgänge und Follikel, die dem histologischen Bilde ein charakteristisches Aussehen gewähren. Die Follikel zeigen stellenweise durchschnittene Lanugohärchen, doch viele Stellen entbehren dieselben. Auch die Wände der Ausführungsgänge der Talgdrüsen zeigen keinerlei Ausgangspunkt einer abnormen Granulationsbildung. Die an der Oberfläche der Haut befindlichen Mündungen der Ausführungsgänge der Talgdrüsen resp. Follikel sind meist trichterförmig erweitert.

Digitized by Google

Im bindegewebigen Anteile ist teilweise die papilläre Schichte ein wenig abgeflacht, die kollagenen Bündel sind wellenartig angeordnet. Keine Epithelmassen, noch um die mäfsig erweiterten Blutgefäfse exzessive Mengen von Leukocyten wahrnehmbar. Wohl ist an einzelnen Stellen eine geringgradige Leukocytenansammlung zu beobachten, doch nirgends in charakteristisch hervorstechender Weise. Das Bindegewebe ist nicht vermehrt, ja stellenweise eher verringert zu nennen, doch wird dieser Anschein entschieden durch die in kolossaler Menge vorhandenen, unverhältnismäfsig vermehrten und die oberen Schichten des Corium förmlich okkupierenden Talgdrüsen erweckt. Die Talgdrüsenläppchen sind bezüglich Gröfse und Struktur vollkommen normal, ihre Gewebsbestandteile imitieren die normalen Talgdrüsen, ja zeigen mit denselben völlig identische Beschaffenheit.

An einzelnen Schnitten fällt es auf, wie die vermehrten Läppchen in einen gemeinschaftlichen Ausführungsgang münden. Im Gegensatze zu den Talgdrüsen ist an einem Schnitte nur ausnahmsweise eine einzige Schweifsdrüse zu finden in Form eines segmentartigen oder spiralen Ausführungsganges, so dafs wir die Vermehrung der Schweifsdrüsen in unserem Falle ausschliefsen müssen.

* * *

Beim Studium der in der Literatur niedergelegten Fälle fällt sofort auf, dafs der Begriff der Bezeichnungen „Adenoma sebaceum", „Pilosebaceum hydradenoma", „Naevus sebaceus", „Hypertrophia glandularum sebacearum", „Naevus vascularis verrucosus" genug elastisch war, um unter diesen Benennungen die verschiedensten, voneinander grundverschiedenen Hautaffektionen sowohl in klinischer, als namentlich in anatomischer und pathologischer Hinsicht einzureihen. Es kann nicht in unserer Absicht gelegen sein, sämtliche bisher in dieser Gruppe erwähnten Fälle zu zergliedern, sondern wir bezwecken, die beiläufig 20 publizierten Fälle — jene von Balzer-Ménétrier, Balzer-Grandhomme, Pringle, Caspary, Taylor-Barendt, Crocker, Bandler (2), Hallopeau-Leredde, Barlow, Jadassohn (2), Marullo, Pollitzer, Pezzoli, Kothe, Pelagatti, Csillag —[1] in der Richtung zu würdigen, um jene Krankheitsfälle hervorzuheben, die mit dem von uns beschriebenen Bilde sowohl in klinischer, als anatomischer Richtung übereinstimmen, die in jedem Falle vorhandenen Symptome zu beschreiben und zur Konstruktion der normalen Typen die sich aus der Literatur bereits herausschälen, einige Beiträge zu liefern.

---

[1] Anmerkung bei der Korrektur. Auf die in neuester Zeit erschienene Arbeit Hirschfelds (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 71) konnte ich leider nicht mehr reflektieren, da sie erst beim Abschlusse meines Aufsatzes erschien.

Den einen Typus glauben wir in jenen Fällen zu finden, die klinisch charakterisiert sind durch kongenitale, eventuell im Kindesalter oder spätestens zur Zeit der Pubertät im Gesichte, vorwiegend an der Nase, in den nasolabialen Falten und dem der Nase zugewendeten Wangenanteile, eventuell an der ganzen Wange auftretende, stecknadelkopfgroſse bis erbsengroſse, isolierte, konvex elevierte, mit der Haut verschiebliche, gelblich bis lebhaft rote, schmerzlose, stationär bleibende, benigne und stets symmetrisch auftretende Tumoren, während das histologische Bild dadurch gekennzeichnet erscheint, daſs die Talgdrüsen in riesiger Menge vermehrt, in exzessiver Weise zusammengedrängt sind, wobei die letzteren ihre normale Struktur behalten und mehr oder weniger ihrer biologischen Aufgabe entsprechen. Hierher gehört der Fall von Pringle, der seither in der Literatur als der „Pringlesche Typus" bekannt ist. Desgleichen die Fälle von Caspary, Crocker (3), Hallopeau und Leredde, Taylor und Barendt, Marullo, Pezzoli (2) und Kothe, denen sich der von uns beobachtete Fall anreiht.

Einen zweiten Typus bilden jene Fälle, die betreffs ihrer klinischen Erscheinung an jeder Stelle der Körperoberfläche meist asymmetrisch gelagerte, ebenfalls angeborene (Oppenheimer), in früher Kindeszeit (Bandlers zwei Fälle), oder zur Zeit der Pubertät (Pollitzer) auftretende, stecknadelkopfgroſse bis hirsekorngroſse, gelblich-rot gefärbte, enge aneinander liegende, doch niemals konfluierende, halbkugelige, charakteristische Tumoren zeigen. Histologisch kennzeichnet, konform mit dem Pringleschen Typus, auch diese Gebilde die mit einfacher Hyperplasie vergesellschaftete Hypertrophie der Talgdrüsen ohne Symptome vorausgegangener oder bestehender Entzündung. Zu dieser Gruppe gehören die Fälle von Jamieson, die zwei Fälle Bandlers und Jadassohns, der Fall von Pollitzer und jener Csillags.

Wenn wir diese beiden Typen als Grundtypus betrachten, obliegt uns die Pflicht, zu motivieren, warum wir, teils im Sinne anderer Autoren, von diesen Fällen jene Krankheitsfälle absondern, die einerseits unter identischen Benennungen in der Literatur verzeichnet sind (Balzer-Ménétrier, Balzer-Grandhomme, Barlow, Borst und Delbanco), anderseits von gewissen Forschern dieser Diagnose subsummiert werden (Fall Darier).

In dem Falle Balzer und Ménétrier fanden sich nebst dem vorherrschenden Bilde der vergröſserten und in exzessiver Weise vermehrten Talgdrüsen, in den Ausführungsgängen der letzteren tubulöse oder lobulöse Ausbuchtungen. Die Haarfollikel waren auſserdem verdickt, es zeigten sich Wucherungen und zahllose, mit talgartiger Masse gefüllte Cysten, so zwar, daſs selbst Balzer in seiner Arbeit von „Epitheliome reticule" spricht. Wie ersichtlich, differiert das histologische Bild so stark von

den oben beschriebenen Typen, daſs dasselbe keinesfalls mit einem derselben identifiziert oder gemeinschaftlich aufgefaſst werden kann.

Ähnliche Veränderungen fanden sich auch im Falle BALZER-GRANDHOMME. Betreffs dieser beiden Fälle heben wir noch hervor, daſs dieselben BARLOW als echte Talgdrüsenadenome interpretierte. UNNA nannte sie Acanthoma adenoides cysticum und identifizierte sie mit dem BROOKEschen Epithelioma adenoides cysticum und mit dem FORDYCEschen benignen Epitheliom.

Desgleichen hält dieselben CHAMBARD für ein metatypisches, tubulöses Epitheliom. Diese beiden Fälle werden übrigens von den neueren Beobachtern, ausgenommen den einzigen HALLOPEAUS, übereinstimmend ausgeschlossen aus dem Krankheitsbilde des Adenoma sebaceum.

Im Falle BARLOWS genügt es, einen Blick auf die der Arbeit beigeschlossene Abbildung zu werfen, um die von unserem Typus abweichende Form zu erkennen. Im histologischen Bilde nämlich sind neben Dilatation der Blutgefäſse von Bindegewebe umgebene epitheliale Tumormassen und netzartige Bündel zu erkennen. An den Blutgefäſsen, an einem Teile des Bindegewebes und des Epithels, sind deutliche Zeichen hyaliner Entartung zu konstatieren. KROMPECHER entwickelt auf das entschiedenste, daſs die von BARLOW unter der Bezeichnung Adenoma sebaceum kritisch bearbeiteten Fälle, die mit ausgesprochener Kapselbildung und hyaliner Entartung einhergehen, zur Gruppe der von ihm statuierten Basalzellentumoren gehören.

Den MONTIschen Fall habe ich nur aus einem kleinen französischen Referat kennen gelernt, und die Beschreibung desselben als „Adenoma sebaceum circumscriptum“ macht den Eindruck atypischer Granulation, so daſs auch dieser Fall als Epitheliom zu betrachten ist.

Die mit der Bezeichnung „Naevi vasculaires verruqueux de la face“ zuerst von DARIER, dann von KOPP beschriebene und der in der letzten Zeit von WINKLER als „Naevifibroangiomatis“ publizierte Fall ist in seiner klinischen Erscheinung auffallend ähnlich unserem ersten Typus. Doch mit Rücksicht darauf, daſs bei histologischer Untersuchung der Fälle die Talgdrüsen vollkommen normal und insbesondere numerisch nicht vermehrt erschienen, müssen wir die erwähnten drei Fälle ausscheiden aus unserer Gruppe.

Nach Ausschluſs dieser unseren Gegenstand nicht berührenden Fälle taucht nunmehr die Frage auf, ob die oben erwähnten beiden Krankheitsbilder einer Diagnose subsummiert werden können; sind dieselben zu identifizieren, wie dies JADASSOHN tat, oder vollständig zu sondern von einander, wie dies neuerdings KOTHE durchgeführt wissen will?

Stimmen dieselben überein und im positiven Falle, worin, im negativen Falle aber, durch welche Eigenschaften differieren sie von einander?

Wir werden bestrebt sein, diese Fragen erschöpfend zu beantworten.

Die Erhabenheiten (Knötchen) sind bei beiden Typen übereinstimmend in morphologischer Hinsicht; während aber beim ersten Typus die Knötchen disseminiert sind und zwischen ihnen grofse Hautflächen bestehen, sind dieselben beim zweiten Typus auf bestimmten circumskripten Stellen der Haut lokalisiert. Während der erste Typhus der Affektion bisher immer symmetrisch und zumeist auf der Gesichtsoberfläche lokalisiert beobachtet wurde, sucht der letztere Typus nicht mit Vorliebe das Gesicht auf, kommt vielmehr an jeder Stelle der Körperoberfläche vor und niemals symmetrisch. Der morphologische Unterschied äufsert sich demnach eher in der Lokalisation und der Art des Auftretens, doch nicht in der Divergenz der einzelnen Läsionen von einander. Doch auch diese morphologischen Abweichungen werden durch das histologische Bild ausgeglichen, das bei beiden Typen nicht nur in seinen Hauptzügen, sondern auch in seinen Details übereinstimmend ist.

Die Hauptbestandteile beider Tumoren werden durch Talgdrüsenmassen gebildet, bei welchen aufser Hypertrophie einzelner Läppchen kein Abweichen in der Struktur zu beobachten ist. In pathogenetischer Richtung stimmt beider Typus darin überein, dafs beide Krankheitsformen angeboren oder in früher Kindeszeit, spätestens im zweiten Dezennium des Lebensalters entstehen, stationär bleiben, doch nicht selten zur Zeit der Pubertät Wachstum zeigen resp. der disseminierte Typus nimmt zu, zu spontanen regressiven Veränderungen ist keiner der Typen fähig. Heredität war, aufser die Fälle einer Familie in den Krankheitsgeschichten von Taylor und Barendt, nicht nachweisbar. Die namentlich von französischen Autoren betonte Auffassung, dafs die Affektion mit Nerven- resp. Geisteskrankheiten in kausalem Nexus stehe, wird von neueren Beobachtern — Pelagatti ausgenommen — nicht bekräftigt.

* * *

Nach klinischer und anatomischer Charakterisierung der Affektion drängt sich die Frage auf, wohin wir dieselbe einreihen? Ist die Bezeichnung Adenoma sebaceum entsprechend, namentlich bezeichnend charakteristisch und dementsprechend beizubehalten, wie sie Balzer für eine damals und von ihm neu gehaltene Affektion anwandte, welche Bezeichnung Pringle übernommen, indem er seinen Fall irrtümlich mit dem Balzerschen identifizierte. Oder ist die Hallopeausche und Lereddesche, von Jadassohn nachdrücklichst unterstützte Auffassung annehmbar, deren Anhänger die Affektion als Naevus auffassen? Oder ist es zweckentsprechender, mit der Benennung einfach eine anatomische Definition zu liefern, wie dies Caspary tat, als er von Hypertrophia glandularum sebacearum sprach?

Wie dies beim Studium der Frage sofort auffällt, zu diesem Zweifel in der Auffassung gab der Umstand Veranlassung, dafs der Begriff des Adenoms noch heute nicht geklärt ist. Lücke versteht unter Adenom eine Geschwulst, die wohl aus neugebildetem Drüsengewebe besteht, doch die physiologische Funktion der Drüse nicht ausübt und schon deshalb von der gewöhnlichen Drüsenhypertrophie sich unterscheidet. Nach Ziegler ist das Adenom eine Neubildung, die bezüglich der Struktur ähnlich ist der normalen Drüse, doch wie erwähnt, nur ähnlich ist, denn die Gewebe bilden dennoch keine typische Drüse und die neugebildeten Gewebe entbehren die Fähigkeit der normalen Funktion. Cohnheim nahm als Kriterium eines jeden echten Tumors die atypische Konstruktion an. Nach Unna handelt es sich beim Adenom um Granulationsbildung in neuer Richtung. Borst sieht im Adenom eine autonome Neubildung, in der, im morphologischen Sinne genommen, die Zellen nach dem Typus des Drüsengewebes sich gruppieren. Natürlich ist nur der Typus der Gruppierung identisch, denn sowohl die Bildung als äufsere Erscheinung des Epithels des Adenoms und dessen Bindegewebe, als das Verhältnis beider zu einander, ist nur im grofsen und ganzen dem normalen Drüsengewebe ähnlich, stimmt aber keineswegs mit demselben überein.

Das von uns beschriebene Krankheitsbild steht im Gegensatze mit diesen Definitionen. Mit dem Adenome Lückes und Zieglers insofern, als Caspary und nach ihm andere ohne Zweifel nachgewiesen haben, und zwar an mit Osmium präparierten Schnitten, dafs auch die neugebildeten Drüsen, analog den normalen Verhältnissen, fetthaltige Massen absondern. Die von Cohnheim als Postulat aufgestellte atypische Struktur ist in unserem Falle nicht zu finden. Der Anwendung der Borstschen Auffassung für unseren Fall steht die, praktisch genommen, sehr elastische Kommentierung im Wege, laut welcher nebst der Ähnlichkeit im Typus, das Verhältnis des Bindegewebes und des Drüsengewebes, ferner des Epithels in Betracht zu ziehen ist bei der Bezeichnung als Adenom. Die Benennung der einfachen Hyperplasie resp. Hypertrophia glandularum sebacearum ist trotz ihrer anatomischen zutreffenden Bezeichnungsart nicht zu akzeptieren, weil sie auf die Genese kein Gewicht legt und einfach nur einen pathologischen Zustand, doch keine selbständige Krankheit anzeigt. Betreffs der Auffassung als Naevus glauben wir kaum zu irren, wenn wir den Ausgangspunkt derselben in einer Theorie Cohnheims suchen, die wie folgt lautet: „Der Neugeborene bringt nicht die Geschwulst, sondern lediglich das überschüssige Zellmaterial mit auf die Welt, aus dem unter günstigen Verhältnissen später eine Geschwulst herauswachsen kann. Nur möchte ich noch einmal nachdrücklich bitten, dafs Sie nicht zu sehr an den Wortlaut des „überschüssigen Zellmaterials“

Digitized by Google

sich binden wollen, vielleicht wäre es selbst wichtiger, statt dessen von demjenigen Material zu sprechen, welchem die Potenz zur späteren Geschwulstbildung beiwohnt." „Es ist vollkommen denkbar, daſs der Zellhaufen, welcher die Anlage der späteren Geschwulst darstellt, zwischen den physiologischen Elementen eines Teiles mit unseren Hilfsmitteln absolut nicht zu unterscheiden ist."

Wiewohl Cohnheim dies nicht speziell von den Naevis, sondern überhaupt von Geschwülsten behauptet, besteht dennoch die Anschauung, daſs gewisse kongenitale, mit unseren Hilfsmitteln gegenwärtig noch nicht nachweisbare Keime bestehen müssen, die unter gewissen Umständen, bei kongenital disponierten Individuen in späteren Perioden des Lebens auswachsen können.

In den Augen gewisser Autoren widerspräche der kongenitalen Genese der Affektion das disseminierte Auftreten des sog. Adenoma sebaceum, in einer Reihe von Jahren, nach der Geburt.

Wir sind der Meinung, daſs diese Auffassung am meisten durch die Physiologie entkräftet wird. Es genügt, an dieser Stelle auf die Entwicklung der Barthaare und der Schamhaare hinzuweisen in der Pubertät, auf die Entwicklung der bleibenden Zähne, darunter der Weisheitszähne, die in den zwanziger Jahren ohne Zweifel aus kongenitalen Keimen entstehen.

Auf den kongenitalen Ursprung der von uns beschriebenen Affektion wiesen bereits Pringle, Crocker und Besnier hin und reihten dieselbe der Naevusgruppe an. Später schlossen sich Hallopeau und besonders Jadassohn mit ihren grundlegenden Arbeiten dieser Auffassung an. Bei Übersicht der Literatur müssen wir hervorheben, daſs der kongenitale Ursprung bei den assymmetrischen circumskripten Fällen beinahe immer, während beim symmetrischen disseminierten Typus nur in einem Teile der Fälle anamnestisch nachweisbar war.

Einen anderen wesentlichen Unterschied zwischen beiden Typen bildet, daſs während die assymmetrischen Fälle meist stationär bleiben und nur sehr selten an Gröſse zunehmen, finden wir bei den meisten symmetrischen, disseminierten — so auch in unserem Falle —, daſs die kleinen Knötchen in der Pubertät rasch zunehmen resp. sich zu vermehren anschicken.

In Anbetracht dessen daher, daſs wir keinen Grund haben, die beiden Typen, sei es vom pathogenetischen oder anatomischen Standpunkte, voneinander zu sondern, in Anbetracht des Auftretens der Affektion und ihres Verlaufes ohne Entzündung, schlieſsen auch wir uns der Auffassung von Besnier-Hallopeau und Jadassohn an und reihen die Affektion der Gruppe der Naevi an.

Für diese Auffassung tritt in neuester Zeit auch Winkler ein in

seiner Arbeit aus JADASSOHNS Klinik, der die Gesichtsnaevi, darunter den Naevus sebaceus, als separate an die Haut des Gesichtes gebundene pathologische Erscheinungsformen gruppiert. Aus seiner Arbeit geht klar hervor, dafs er die geistreiche und gefällige Einteilung HALLOPEAUS und LEREDDES befolgt und die Gesichtsnaevi, einfach mit Rücksicht auf ihren Erscheinungsort, als total gesonderte Gruppe betrachtet wissen will, im Gegensatze zu eventuell an anderen Körperstellen auftretenden ähnlichen Gebilden.

Wir sind nicht in der Lage, uns seiner Ansicht anzuschliefsen, wie plausibel dieselbe auch erscheint. Wir halten es nämlich nicht für absolut ausgeschlossen, dafs die in Frage kommenden Gebilde, die bisher zwar (mit Ausnahme des Falles von KOTHE am Halse) ausschliefslich der Gesichtshaut beobachtet worden sind, auch an anderen Körperstellen vorkommen können, an allen jenen Stellen, die normalerweise Talgdrüsen enthalten, und so vermögen wir uns aus prinzipiellen Gründen nicht einer Einteilung anzuschliefsen, die anderwärts auch vorkommende gewisse Affektionen auf die Topographie der Hautoberfläche bezieht. Anderseits verdient die Auffassung WINKLERS, laut welcher er diese Gebilde in gewissen graduellen Zusammenhange bringt mit an Blutgefäfsen und Schweifsdrüsen reichen Naevi, volle Würdigung auch unsererseits, und wenn wir uns mit dieser Ansicht an dieser Stelle nicht ausführlicher befassen, liegt der Grund hierfür darin, dafs wir nicht beabsichtigten, von unserem streng begrenzten Thema abzuweichen.

Wenn wir daher das Resultat unserer Untersuchung und unserer Fälle mit den übrigen in der Literatur bekannten Fällen vergleichen, glauben wir dasselbe in folgendem zusammenzufassen:

Mit Rücksicht darauf, dafs die neugebildeten resp. in einzelnen Fällen vergröfserten Talgdrüsenläppchen weder funktionell, noch in struktureller Richtung von den gesunden Drüsenläppchen differieren, halten wir die Bezeichnung Adenoma sebaceum für die in Frage kommende Erkrankung als nicht zutreffend und wäre bezeichnender die von JADASSOHN proponierte Benennung Naevus sebaceus, weil dadurch verwahrscheinlicht wird, dafs die Basis der Veränderung durch gewisse abnorme kongenitale, oder in späteren Perioden des extrauterinen Lebens, ja selbst in der Pubertät zur Entwicklung gelangende Keime resp. deren embryonale Depots gebildet wird im Sinne der COHNHEIMschen Therapie.

Die Affektion als solche glauben wir wie folgt zu definieren:

Charakterisiert wird der Naevus sebaceus durch isolierte, oder enge aneinander gereihte, doch miteinander niemals konfluierende, stecknadelkopf-, erbsengrofse, halbkuglige, gelbliche, lebhaft rote, schmerzlose Knötchen; die letzteren sind entweder angeboren oder entwickeln sich im Kindes-

alter, spätestens in der Pubertät, wahrscheinlich aus embryonal versprengten Keimen. Exzessive Vermehrung und Zusammendrängung der Talgdrüsenläppchen (in einzelnen Fällen mit Vergröſserung derselben) ohne vorausgegangenes oder bestehendes entzündliches Symptom charakterisiert die Affektion. Neben identischer Beschaffenheit des anatomischen Bildes, können wir die Krankheit in zwei Gruppen teilen: **Naevus sebaceus symmetricus** und **Naevus sebaceus circumscriptus asymmetricus.** Der Naevus sebaceus symmetricus wurde bisher vorwiegend an der Gesichtshaut (in einem Falle am Halse) beobachtet, doch ist dessen Vorkommen auch an anderen Körperstellen nicht auszuschlieſsen. Bisher wurde derselbe in der Überzahl der Fälle am stärksten an der Nase, in der nasolabialen Furche und an dem medialen Teile der Wange, in geringerem Maſse an den übrigen Stellen des Gesichtes beobachtet, doch immer symmetrisch und disseminiert. Die kongenitale Entstehung desselben wurde bislang sicher nicht konstatiert, sondern das Auftreten der Affektion ist regelmäſsig auf die Kindeszeit rückführbar, um in der Pubertät stärker zum Ausdrucke zu gelangen. Der Naevus sebaceus circumscriptus asymmetricus besteht aus an jeder Stelle des Körpers vorkommenden circumskripten, meist linear enge aneinander gereihten Knötchen, ist im Gegensatze zur vorher beschriebenen Affektion, niemals symmetrisch und stets angeboren.

Ich halte es schlieſslich für eine angenehme Pflicht, meinem hochgeehrten Vorstande, Herrn Universitätsdozenten Dr. Ludwig Nékám, für die Überlassung des Falles meinen ergebensten Dank abzustatten.

Literatur.

Balzer et Grandhomme, *Arch. de Physiol.* Bd. XVIII. S. 5 (per Barlow).
Balzer et Ménétrier, *Arch. de Physiol.* 1885. S. 564 (per Ballow).
Barlow, *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1895. S. 55. S. 60.
Bandler, *Arch. f. Dermatol.* Bd. 49. S. 95.
Beier, *Arch. f. Dermatol.* Bd. 51.
Caspary, *Arch. f. Dermatol.* 1891.
Crocker, Zweiter Internationaler dermatologischer Kongreſs. Wien 1892.
Chambard, *Ann. de Dermatol.* 1886. S. 437.
Csillag, Königl. ungarischer Ärzteverein in Budapest 1904. (Vorstellung.)
Darier, *Soc. franc. de Dermatol.* 13. Nov. 1890.
Jamieson, *British Journ. of Dermatol.* 1893. S. 138.
Jarisch, *Arch. f. Dermatol.* Bd. 28.

JADASSOHN, *Arch. f. Dermatol.* Bd. 68.
LÜCKE, Geschwülste. (PITHA-BILLROTH) 273, 275.
MARULLO, *Dermatol. Zeitschr.* 1902.
PELAGATTI, *Ann. de Dermatol.* 1904. S. 983.
POLLITZER, *Journ. of cut. and gen. ur. diseases.* 1893. S. 475.
PRINGLE, *British Journ. of Dermatol.* 1890. S. 1.
TAYLOR-BARENDT, *British Journ. of Dermatol.* 1893. S. 360.
WINKLER, *Arch. f. Dermatol.* Bd. 67.

Über einen äufserst charakteristischen Fall von Erythema scarlatiniforme recidivans bei ALIBERT.

Von

Dr. E. HOFFMANN,
Stabsarzt a. D. und Privatdozent in Berlin.

Als ich gelegentlich meiner Studien über Erythema nodosum ALIBERTS Vorlesungen über Hautkrankheiten durchblätterte, fand ich darin die Krankengeschichte eines an rezidivierendem, exfoliativem Erythem leidenden Gelehrten, die so köstlich erzählt wird und zugleich so charakteristisch ist, dafs sie der Vergessenheit entrissen zu werden verdient. In der mir vorliegenden Übersetzung von BLOEST[1] finden sich folgende Sätze: „Manche Erytheme erscheinen periodisch. Ich darf nicht vergessen, hier die Geschichte eines Gelehrten zu erzählen, den ich lange behandelte. Er wurde regelmäfsig zweimal im Jahre, im Frühling und Herbst, von einem ganz besonderen erythematösen Leiden befallen; die ganze Haut seines Körpers wurde plötzlich in ihrer ganzen Ausdehnung rot; all sein Blut schien in eine Art Gärung zu geraten; sein Gesicht insbesondere war sehr gefärbt; er beklagte sich über Brennen, das mehrere Tage lang einer allgemeinen Abschuppung voranging; ungeachtet seiner wiederholten Leiden war der Kranke gewöhnlich munter und heiter. Ich erinnere mich, dafs er sich viel Mühe gab, sein Porträt auf ein Stück seiner Oberhaut malen zu lassen, das er zu diesem Behufe hatte gerben lassen; er bediente sich selbst solcher Stücke, um Verse und Lieder darauf zu schreiben."

Trotz ihrer Kürze ist diese Krankengeschichte so bezeichnend, dafs wir mit Sicherheit sagen können, dafs es sich hier um einen Schulfall

---

[1] J. L. ALIBERT, Vorlesungen über die Krankheiten der Haut (Monographie der Dermatosen), gesammelt und herausgegeben von DAYNAC, deutsch bearbeitet unter Redaktion von F. J. BEHREND von M. BLOEST. Leipzig 1837, Bd. I, S. 54.

des zuerst von Féréol[2] 1876 als „Desquamation scarlatiniforme récidivante" benannten und zugleich von Besnier aus der Gruppe der exfoliativen Erythrodermien als besondere Form herausgehobenen „Erythème scarlatiniform desquamativ récidivant" handelt. Für diese Auffassung spricht nicht nur die Acuität und Generalisation des Erythems, sondern auch die Benignität, Neigung zu häufigen, mitunter periodisch wiederkehrenden Rezidiven und die Abstofsung der Oberhaut in grofsen Lamellen; sehen wir doch gerade bei dieser Krankheitsform, ebenso wie bei manchen Arzneiexanthemen (Hg-Dermatitiden), dafs die Epidermis der Hände und Füfse in grofsen Stücken, mitunter sogar in Form eines ganzen Handschuhs, abgestofsen wird, so dafs sie getrocknet oder, wie Alibert sagt, gegerbt wohl geeignet erscheint, mit Porträts oder Versen geschmückt zu werden.

Alibert handelt diese Krankheit unter dem „spontanen Erythem" der ersten Art seiner Gattung „Erythem" ab; in dieser Gruppe schildert er neben dem Erythema multiforme und nodosum diesen schönen Schulfall des erst mehrere Jahrzehnte später als eigene Krankheitsform bekannten und abgesonderten Erythema scarlatiniforme recidivans.

Meines Wissens ist in der neueren Literatur auf diesen schönen und charakteristischen Fall Aliberts nirgends hingewiesen worden. In seiner Arbeit über die Pityriasis rubra sagt Jadassohn:[3] „Alibert beschreibt einen sehr eigenartigen Fall von „Herpés furfureux volatile" (Alibert, Monographie des Dermatoses, Paris 1835, Bd. II, S. 27)" und fügt beim Literaturverzeichnis[4] hinzu: „Nach einer psychischen Erregung kolossale Schuppung mit lebhaftem Jucken; Tod an Marasmus. — Diagnose aus der Beschreibung unmöglich; vielleicht Pityriasis rubra." Diesen Fall, der den Kammerdiener eines während der Revolution zur Guillotine verurteilten französischen Herrn betraf, erwähnt auch Török[5] in seiner Arbeit über „die exfoliativen Erythrodermien" in Mračeks Handbuch; indessen scheint er ebensowenig wie Brocq,[6] soweit das aus seiner ausführlichen Schrift über die „Érythrodermies exfoliantes généralisées" hervorgeht, den von mir aufgefundenen und als Erythema scarlatiniforme recidivans gedeuteten Fall zu kennen. Auch in den beiden älteren Arbeiten, welche

---

[2] Féréol, Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1876, S. 30. (Zit. nach Kaposi-Besnier-Doyon, *Maladies de la peau*, Bd. I, S. 338.)

[3] Jadassohn, Über die Pityriasis rubra (Hebra). *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. XXIII, S. 944.

[4] *Archiv f. Derm. u. Syph.*, Bd. XXIV, S. 477.

[5] L. Török, Die exfoliativen Erythrodermien. Mračeks Handbuch, Bd. I, S. 769.

[6] L. Brocq, Érythrodermies exfoliantes généralisées. *La Pratique dermatologique*, Bd. II (1901), S. 549 und 565

Digitized by Google

die Geschichte der hier in Betracht kommenden Erkrankungen erschöpfend behandeln, nämlich in BROCQS[7] grundlegender Studie über die Dermatitis exfoliativa generalisata und MARIO OROS[8] Abhandlung über die gleiche Affektion, findet sich der ALIBERTsche Fall nicht erwähnt.

---

[7] L. BROCQ, Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée ou mieux maladie d'ÉRASMUS WILSON. Paris 1882.

[8] ORO MARIO, Sulle dermatiti esfoliativi generalizzate. *Giornale ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1892. (Diese mir selbst nicht zur Verfügung stehende Arbeit war Herr Prof. LESSER so liebenswürdig, daraufhin durchzusehen, wofür ich ihm auch hier verbindlichst danke.)

Nachtrag zu meiner Arbeit: Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien (État ponctué).

Diese Zeitschrift. 1905. Bd. 40, S. 81.

Von

Dr. ERNST DELBANCO-Hamburg.

Ein besonderes Mifsgeschick hat mich in der für obige Arbeit zusammengestellten Literatur eine Arbeit übersehen lassen, an deren nachträglichem Zitat mir gelegen ist. Es ist eine Untersuchung „Über die Drüsen der Labia minora“ von Dr. FRITZ LEBRAM, ausgeführt unter der Leitung von Prof. STIEDA in Königsberg i. Pr. Auf STIEDA hatte ich mich als „einen der besten Kenner der Talgdrüsen“ insbesondere bezogen. Die Untersuchung findet sich in der *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol.* (1903, Bd. VI, S. 182—189). LEBRAM stellte fest, dafs „an der Aufsenseite der kleinen Labien einzelne Drüsen schon in den ersten Lebensmonaten ihre erste Anlage erfahren; zur vollkommenen Ausbildung kommen sie erst gegen Ende des dritten Jahres. An der Innenfläche erfolgt die erste Anlage einzelner Drüsen gegen Ende des zweiten Jahres; eine Reifung dieser Drüsen vollzieht sich im dritten bis sechsten Lebensjahre.“ Präparate von Frauen zwischen 19 bis 50 Jahren ergaben die Existenz freier Talgdrüsen sowohl an der Aufsen- wie an der Innenseite der Schamlippe als ein konstantes Vorkommnis. Im allgemeinen finden sich bei der geschlechtsreifen Frau die Drüsen „in gleicher Anzahl und in gleich guter Ausbildung über beide Seiten verbreitet; im Durchschnitt sind etwa 5—10 Drüsen an beiden Seiten jeden Schnittes vorhanden.“

LEBRAM fand in einzelnen Fällen die Drüsen aufserordentlich reichlich und vollkommen ausgebildet; von besonderem Interesse ist, dafs bei Graviden eine grofse Zahl von Drüsen gefunden wurde. In der Menopause setzt eine Atrophie der Drüsen ein, von welchen aber der gröfsere Teil gut erhalten bleibt. Nach LEBRAMS Auffassung können die Drüsen nicht ausschliefslich dazu bestimmt sein, geschlechtlichen Funktionen zu dienen. LEBRAM hat, das möchte ich nachdrücklich konstatieren, als erster das Vorkommen zahlreicher freier Talgdrüsen an den kleinen Labien bei der erwachsenen Frau als einen konstanten anatomischen Befund niedergelegt. Wie weit und ob seine Untersuchungen den von AUDRY und mir geschilderten État ponctué mit ins Auge fassen, möchte ich vor der Hand als eine offene Frage betrachten.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. März 1905.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. SKLAREK demonstriert einen elfjährigen Knaben mit **Tuberculosis verrucosa cutis** am linken Handrücken, rechten Fufsrücken und mit ausgedehntem **Lichen scrophulosorum** am Rumpf. Es besteht aufserdem alte Knochentuberkulose und tuberkulöse Familienanamnese.

2. DREYER demonstriert einen etwa 40jährigen Mann mit **schwerer Gehirnsyphilis**, die einige Monate nach der Injektion, während einer Hg-Salicylinjektionskur, bereits eintrat. Es bestanden Erscheinungen von seiten des Facialis Taubheit, Schmerzen in verschiedenen Teilen des Schädels, Ptosis, Aphasie, Menièreartige Schwindelsymptome. Nach vier Kalomelinjektionen ist der bedrohliche Zustand bereits weit zurückgebildet, doch besteht noch völlige Taubheit.

Diskussion: ROSENTHAL betrachtet den Fall als den schwersten, den er je beobachtet hat. Er hält die Prognose besonders mit Rücksicht auf Rückbildung der Labyrintherkrankung für sehr zweifelhaft.

BUSCHKE hat in letzter Zeit zwei Fälle von Labyrinthtaubheit und einen von sehr früher cerebrospinaler Syphilis gesehen.

HOFFMANN nimmt auf einen hier früher von ihm vorgestellten Patienten Bezug, der nach der damals durchgeführten Behandlung, frei von Krankheitserscheinungen geblieben ist. Er erwähnt mehrere Fälle aus der Klinik der Charité, in denen schwere Hirnerscheinungen noch während des Vorhandenseins des Primäraffekts eingetreten waren.

3. WECHSELMANN demonstriert einen Mann mit **Atrophie der rechten Gesichtshälfte** (seit dem sechsten Lebensmonat sich entwickelnd) und mit **elephantiastischer Verbildung** (vornehmlich **starken Varicenbildungen**) **der rechten Unterextremität und des Scrotums**. Er legt einen genetischen Zusammenhang beider Mifsbildungen nahe, etwa auf neurofibromatöser Grundlage, die im Gesicht den zweiten und dritten Trigeminusast befallen haben müfste.

Digitized by Google

4. WECHSELMANN demonstriert die Lokalisation **syphilitischer Papeln entlang den Linien einer alten Tätowierung** der rechten Vorderarmvola.

5. LEDERMANN demonstriert ein etwa 15jähriges, seit langem an **Psoriasis** leidendes, sicher von Lues freies Mädchen, mit **typischem Leukoderm am Halse.** Es ist keine Chrysarobin-, sondern nur eine interne Arsenbehandlung vor längerer Zeit vorausgegangen.

Diskussion: WECHSELMANN zitiert die Befunde von RILLE. Bezüglich des Leukoderma syphiliticum glaubt er nicht an das stete Vorausgehen von Exanthem am Ort der hellen Flecke. Auch BUSCHKE hat diesen Zusammenhang bei genauer Kontrolle oft vermifst. HOFFMANN spricht sich in ähnlicher Weise aus. PINKUS erwähnt einen Fall seiner Beobachtung, indem ein Leukoderm bei Psoriasis bereits vor der syphilitischen Ansteckung bestanden hatte. ROSENTHAL hebt hervor, dafs das Leukoderm in den ihm bekannten Fällen stets nach der Involution der Psoriasis aufgetreten sei, ganz besonders scheine Arsenbehandlung eine Pigmentverschiebung zu begünstigen. Dem syphilitischen Leukoderm brauchen keine sichtbaren Effloreszenzen voraufgegangen zu sein. LEDERMANN macht zum Schlufs nochmals auf die Wichtigkeit aufmerksam, die ein Leukoderm als einziger Befund bei Luesverdacht besitzt und auf die Schwierigkeit der Entscheidung gegenüber dem Leukoderma psoriaticum.

6. LEDERMANN stellt drei Kranke, eine Frau und zwei Männer, mit **tertiären Geschwüren** an Kopf und Gliedern vor, von deren Syphilis anamnestisch nichts bekannt war und die auch nie behandelt worden waren. Er regt eine Sammelforschung derartiger Fälle an, um durch die zweifellos erreichbare drückende Fülle des Materials der immer wieder auftauchenden Irrlehre zu begegnen, dafs tertiäre Syphilis Folge der Quecksilberbehandlung sei.

7. BUSCHKE demonstriert einen 27jährigen Mann, der nach **blennorrhoischer Epididymitis** einen Abscefs und **Nekrose des Hodens** erlitten hat. Heilung durch Exstirpation der nekrotischen Teile.

8. BUSCHKE demonstriert einen 23jährigen Mann mit einer **diagnostisch unklaren, ausgedehnten Ulceration der linken Wangenschleimhaut** und rundlichen unter der Haut, aber über dem Temporalis sitzenden **Knoten der Schläfengegend.** Auf antisyphilitische Behandlung soll vor einiger Zeit Besserung eingetreten sein. Aktinomykose und Rotz werden als unwahrscheinlich bezeichnet. Das Aussehen läfst bis zu einem gewissen Grade an **Tuberkulose** denken, doch sind bakteriologische und anatomische Untersuchungen bisher ohne Resultat geblieben. Tuberkulin und Tierexperiment stehen noch aus.

9. BUSCHKE demonstriert Leichenteile eines Falles von **maligner Syphilis,** Nekrose am weichen Gaumen beginnend, die bis an die Wirbelsäule sich ausgedehnt hat, interstitielle Orchitis, tiefgreifende Knochengummen.

Diskussion: HELLER und ROSENTHAL neigen sich der Diagnose Tuberkulose zu. Ersterer hat in einem Fall erst durch Tuberkulin die Bestätigung der Diagnose erhalten.

10. BAUM demonstriert einen jungen Mann mit ausgedehnten collateralen **Venenerweiterungen** am Rumpf und den Beinen, wohl als Folge der **Thrombose der Vena iliaca** oder gar der **cava.** Die Erkrankung schlofs sich an eine Erschütterung (Sprung von der Strafsenbahn, dem heftiger Schmerz im Knie folgte) an.

11. MAYER demonstriert einen jungen Mann mit Lichen planus, mit besonders starker Ausbildung von **knötchenförmigem Lichen planus** auf der **Mundschleimhaut.**

Diskussion: ROSENTHAL bestätigt die Seltenheit dieser Knötchenform auf der Schleimhaut. Die gewöhnliche Form sind Kreise und Kreisabschnitte sowohl im Munde wie am Präputium.

12. HELLER hält einen Vortrag über die **Anatomie, Pathogenese und Ätiologie der spitzen Kondylome** und demonstriert seine Ausführungen an Präparaten (Hornfärbungen, Golgifärbung).

Diskussion: PINKUS sieht die Schwärzungen in den Golgipräparaten nur als Niederschläge an. BUSCHKE hat bei Impfversuchen nie Haftung spitzer Kondylome erzielt. GEBERT findet einen Mangel an Hornbildung nur da, wo Maceration stattfindet. HELLER hält die Verhornung überhaupt für sehr selten.

13. SCHIFFTAN demonstriert eine **neue Injektionsspritze**, in der es möglich ist, zwei verschiedene Flüssigkeiten (Zinc. sulfur. und Plumb. acet., Protargol und Eukain) in zwei Cylindern nebeneinander getrennt aufzusaugen, aber durch einen gemeinsamen Konus zugleich in die Harnröhre zu spritzen, wodurch eine bessere Wirkung, namentlich der genannten Adstringentien erzielt wird. Fabrikant: Löwenstein in Berlin, Ziegelstraße.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Mit Beginn des heurigen Jahres wurde Prof. NEUMANN zum Ehrenpräsidenten gewählt. Die bisher beobachtete Gepflogenheit, die Leiter der zwei Universitätskliniken in den Vorstand zu wählen, mußte infolge der auch sonst unleidlichen persönlichen Gegnerschaft zwischen den Professoren RIEHL und FINGER verlassen werden. Prof. MRAČEK wurde Vorstand, Prof. EHRMANN Vorstandsstellvertreter.

Sitzung vom 8. Februar 1905.

Vorsitzender: EHRMANN.

WILHELM demonstriert einen Bahnbeamten mit einem ausgebreiteten **Syringocystadenom.** Das Gesicht ist frei. In der oberen Brustgegend meist zirka erbsengroße, flache, lebhaft rote, derbe Knoten, die leicht an Papeln denken lassen und auch zu dieser Fehldiagnose geführt hatten. Einzelne Effloreszenzen finden sich auch an den seitlichen Thoraxpartien. Die histologische Untersuchung (in Prof. EHRMANNS Laboratorium) bestätigte die Diagnose.

Diskussion: NEUMANN verweist auf den von ihm zuerst beschriebenen Fall und hebt die Ähnlichkeit der Knötchen mit multiplen Myomen hervor.

EHRMANN will aus der bisherigen Untersuchung keinen Schluß auf die noch immer vielumstrittene Histogenese der Affektion ziehen. Myome lokalisieren sich mehr an den Extremitäten und sind schmerzhaft.

FINGER zeigt ein achtjähriges Mädchen mit zahlreichen, über die ganze Haut zerstreuten Knötchen von **Lupus disseminatus**, daneben an Händen und Füßen einige Plaques von ausgesprochener **Tuberculosis verrucosa cutis**, die alle im Anschlusse an Morbillen auftraten. Kein Zweifel, daß beide Formen auf hämatogenem Wege zustande kamen und daß die letztere Form nicht immer durch Inokulation von außen erzeugt wird.

FASAL demonstriert ein ausgebreitetes, **exulceriertes Carcinom am rechten Nasenflügel** bei einer 71jährigen Frau.

WEIDENFELD stellt einen am Rücken und den Extremitäten mit zahlreichen exkoriierten Knötchen und Pigmentationen bedeckten Mann vor. Er hält diese Affektion für eine **Urticaria perstans**, deren histologisches Bild der von KREIBICH beschriebenen Urticaria verrucosa ähnlich ist.

NOBL zeigt 1. einen **Lupus disseminatus**, der bei einem vierjährigen Mädchen vor zwei Jahren im Anschlusse an Morbillen auftrat; auch dieses Kind hat an den

Phalangen und Zehen überall verruköse Formen, trotzdem eine allgemeine hämatogene Infektion angenommen werden mufs.

Diskussion: FINGER hält es überhaupt für fraglich, den Lupus verrucosus von der Tuberculosis verrucosa zu trennen, da beide histologisch und ätiologisch sich decken und letztere, wie man an den heutigen zwei Fällen sieht, nicht immer durch ektogene Infektion entstehen mufs. Klinisch allerdings ist für den Lupus verrucosus das Wachstum durch Bildung neuer Knötchen am Rande charakteristisch.

NOBL zeigt 2. zwei Geschwister, ein fünfjähriges Mädchen und einen dreijährigen Knaben, mit **familiärem Auftreten von Ichthyosis**, die in den ersten Lebensmonaten mehr ekzematöse Erscheinungen verursachte. Eltern und Seitenglieder sind frei.

Diskussion: LEINER bespricht das Aussehen solcher Kinder bei interkurrenten Infektionskrankheiten. Besonders bei Scarlatina ist die Schuppung eigenartig, indem in der ganzen Haut Risse eintreten und das Aussehen einer schweren Ichthyosis hervorgerufen wird. Nach Abfallen der Schuppen ist die Haut fast ganz glatt, aber später tritt die Ichthyosis wieder auf.

NEUMANN: Im Atlas von HEBRA ist eine durch Scharlach geheilte Ichthyosis beschrieben.

NOBL zeigt 3. ein zerfallenes **Gumma** im Sulcus, auf die Glans übergreifend. Der Mann hatte vor zehn Jahren den Primäraffekt, aber nicht an derselben Stelle. Bei indolenter Drüsenschwellung könnte die Diagnose Sklerose leicht zur irrigen Annahme einer Reinfektion verleiten.

(Eine spätere genaue Untersuchung an anderem Orte stellte die Diagnose Ulcus venereum durch Nachweis der DUCREY-Bazillen und Überimpfung fest.)

SPIEGLER zeigt 1. einen 53jährigen Mann, der linkerseits am Halse, Ohrläppchen, Unterkiefer und über den Rippenbogen einen ausgebreiteten Herpes zoster mit eigenartiger Knotenbildung aufwies. Neben gruppierten Bläschen am Thorax sind die Effloreszenzen am Halse, besonders aber im Bereiche der bebarteten linken Wange, 3—4 mm hohe, lebhaft rotbraune, derbe, hier und da mit einer kleinen Pustel besetzte **Knoten.**

Diskussion: GROSZ fand solche Fälle bereits beschrieben, erst letzthin in der *Münchener medizinischen Wochenschrift.*

2. Eine **nicht näher gekannte Affektion** bei einem 30jährigen Manne. Seit vier Jahren bestehen zerstreut am Stamm und beiden Armen heller- bis guldengrofse, blafsbraune, ziemlich scharf umschriebene, leicht deprimierte, feinst schuppende Flecken, die sehr stark jucken. Therapeutisch konnten sie bisher nicht verändert werden, nur das Jucken liefs nach Einreiben mit Formalinalkohol nach.

NEUMANN berichtet über einen **Herpes zoster frontalis,** in dessen Verlaufe es zu retinalen Hämorrhagien und Embolien in der Nähe der Macula kam.

GRÜNFELD demonstriert ein **kleinpustulöses Syphilid,** ähnlich dem als Varicella luetica beschriebenen Exanthem.

SPITZER: **Mächtige Papillome circa anum** bei einem elfmonatlichen Mädchen, keine Vaginitis.

EHRMANN demonstriert:

1. Eine **Elephantiasis der Oberlippe**; wahrscheinlich durch scharfe Zähne Rhagadenbildung mit folgenden Lymphangitiden als Ursache.

2. Eine Frau mit **Psoriasis und Lues papulosa**; nach Enesolbehandlung ist letztere geschwunden, die Psoriasis aber deutlich bestehend.

3. Einen 30jährigen Mann mit Scrophulodermaherden am Halse und Mons veneris, einem kalten Abscefs an den Rippen und zahlreichen weifsen, narbig atrophischen, über handtellergrofsen Flecken am Stamme, innerhalb deren zahlreiche kleine, rot-

Digitized by Google

braune Knötchen zu sehen sind. In den histologischen Schnitten sieht man kleine Rundzelleninfiltrate und Riesenzellen, vielfach mit den auch sonst beschriebenen Einschlüssen. Es handelt sich also um einen **Lichen scrophulosorum.**

Diskussion: NEUMANN sah den Lichen scrophulosorum der Erwachsenen vorwiegend an den Seitenflächen des Thorax; derselbe schwindet mit Hinterlassung von Pigmentationen, aber ohne Narbenbildung; daher dürfte es sich hier um einen Lichen lueticus handeln.

4. Ausgebreitete **Acrodermatitis atrophicans** am linken Knie, seit 20 Jahren bestehend.

5. Ein gruppiertes **kleinpapulöses Syphilid** am Rücken. Drüsentumoren in der Supraklavikulargegend, Sarcocele syphilitica. Im Abdomen einen bei der Atmung unbeweglichen Tumor in der Nabelgegend, wahrscheinlich **gummöse retroperitoneale Lymphdrüsen,** die bei Jodkaliumtherapie etwas kleiner wurden.

6. **Leukoderma nach Psoriasis,** bisher nur mit Arsen behandelt, wodurch die ganze Haut etwas stärker pigmentiert ist.

ULLMANN zeigt eine mächtige **Doppellippe,** bedingt durch eine wulstige Lymphangiektasie, die nach einer Verletzung in der Jugend auftrat.

DEUTSCH demonstriert bei einem jungen Mann ein circumskriptes, guldengrofses Infiltrat in der vorderen Halsfurche. Es ist dies der neunte Fall einer Beobachtungsreihe aus diesem Winter von sechs Kindern und drei Erwachsenen. Während HOCHSINGER solche Fälle als **circumskripte Erfrierung** beschrieb, handelt es sich eher um eine **unbekannte Infektion,** die oft bei Kindern derselben Familie vorkommt; in einem Falle ging zehn Tage vorher Mumps voraus, bei einem anderen trat bald danach eine Otitis media auf.

FINGER bespricht die von ihm mit LANDSTEINER durchgeführten **Syphilisimpfungen** an drei Affen. Bei dem ersten, einem Macacus cynomolgus, entstand an beiden äufseren Augenwinkeln 2½ Wochen nach der Infektion Rötung, dann eine Papel, die nunmehr ulceriert ist. Keine Drüsenschwellung. Ähnlich ist das überimpfte Geschwür bei dem zweiten, einem männlichen M. rhesus. Bei dem dritten, einem M. sinicus, blieb es bei Erosionen an Stelle der Impfung.

FINGER stellt vor:

1. Ein weit ausgebreitetes und eleviertes **Erythema annulare.**

2. Einen Patienten mit ausgebreitetem und disseminiertem **Lupus,** ulcerös im Gesicht, tumidus an den Ohren und serpiginös am Stamm und den Extremitäten.

SACHS demonstriert aus der Klinik FINGER:

1. Einen **Lupus erythematosus discoides** am Nacken.

2. **Ulcera tuberculosa** am weichen Gaumen.

3. Tubero-serpiginöse, zum Teil ulcerierte **Gummen** an Ober- und Unterlippe. Infektion vor 30 Jahren.

OPPENHEIM zeigt einen nach HOLLÄNDER mit Chinin und Jodtinktur behandelten und sehr gebesserten Fall von **Lupus erythematosus.**

Sitzung vom 22. Februar 1905.

Vorsitzender: MRAČEK.

NOBL demonstriert:

1. Eine an allen Fingernägeln ausgebildete **Koilonychia.**

2. Bei einem zweijährigen Kinde in der Kreuzbein- und Lendengegend einige mit blutigen Krusten bedeckte, scharf begrenzte Geschwüre, deren Basis nekrotisch belegt erscheint; es handelt sich wohl um **tuberkulöse Ulcerationen.**

Diskussion: LEINER hält dieselben für typische Efflorescenzen des in den letzten Jahren vielfach beschriebenen **Ecthyma gangraenosum.**

Gellis zeigt 1. ein **toxisches Erythem mit Blasenbildung.** Vor vier Wochen, angeblich nach Genufs einer Wurst, Auftreten einer fast universellen Rötung am Stamm und den Extremitäten; innerhalb derselben zirka erbsengrofse Bläschen an der Brust- und Halshaut. Da einzelne Blasen auch auf den Lippen auftraten, war immerhin auch an einen beginnenden Pemphigus, eine Dermatitis herpetiformis zu denken.

Diskussion: Neumann stimmt der Diagnose bei.

Mraček sah einen ähnlichen Fall, der anfangs gerade wegen der Beteiligung der Mundhöhle für Syphilis gehalten wurde.

2. Einen seit zehn Jahren bestehenden, ausgebreiteten **Lupus erythematosus**, der jetzt, nach Holländer mit Chinin und Jodtinktur behandelt, wesentliche Rückbildung zeigt.

Leiner demonstriert einen zwölfjährigen Knaben mit ausgebreiteten **Pigmentanomalien.** Kopfhaare und Augenbrauen sind lichtblond, die Haut des Stammes dagegen dunkel pigmentiert, besonders an den Stellen, welche dem Drucke der Kleider ausgesetzt sind, so den Achselfalten und dem Nabel, die sepiabraun verfärbt sind. Im Gesicht, am Stamm und den Extremitäten zahlreiche hellere, ephelidenartige und dunkelschwarzbraune, bis guldengrofse, naeviähnliche Pigmentationen, aufserdem zahlreiche erbsen- bis über kronengrofse Vitiligoflecken. In der Familie keine ähnlichen Anomalien. Beim ersten Anblick erinnert das ganze Bild sehr an Xeroderma pigmentosum.

Diskussion: Ehrmann fand dem hier bestehenden Kontrast zwischen Kopfhaar und Hautfarbe ähnlich oft neben blondem Kopfhaar dunkle Genitalhaare, bei blondem Schnurrbart dunklen Backenbart. Er führt diese Erscheinungen auf den Einflufs der Vererbung zurück, die dabei keine Mischung, sondern ein Mosaik der Ahnen zur Folge hat.

Schiff zeigt auf seinem Arm das **Resultat einer sechsstündigen Applikation einer Radiumkapsel von 55 mg;** Mitte Januar appliziert, rief sie nach einigen Tagen Rötung, am 15. Tage einen oberflächlichen Schorf hervor, der zu einem kreisrunden, jetzt gereinigten Geschwür führte.

Grosz hält einen Vortrag über die **Urethritis non blennorrhoica.** Er bespricht zunächst die Literatur dieser Frage, besonders die Arbeiten von Barlow, Waelsch und Hofmann, dann die Resultate von zehn Fällen seiner Untersuchung. Er konstatierte dieselben in zwei Fällen nach dem Verkehr mit gynäkologisch, aber nicht blennorrhoisch erkrankten Frauen. In der Hälfte der Fälle wurden die Pars posterior und Prostata ergriffen. In drei Fällen ergab die genaue bakteriologische Untersuchung Pseudodiphtheriebazillen, ähnlich der schwach wachsenden Form Pfeiffers. Die Kulturen erwiesen sich als nicht pathogen und blieb auch die intraurethrale Impfung auf einen Macacus ohne entzündliche Reaktion. Die Ätiologie dieser Urethritiden ist keine einheitliche. Die Befunde von Coli-, Pseudodiphtheriebazillen und Streptokokken, die ja auch in der Bakterienflora der normalen Urethra gefunden werden, lassen den Schlufs zu, dafs dieselben im betreffenden Falle entweder früher nicht vorhanden waren, oder dafs sie wohl vorhanden waren, aber erst später pathogen wurden, oder dafs sich die Schleimhaut so änderte, dafs die eine Bakterienart vorwiegend war.

Finger zeigt 1. einen achtjährigen Knaben, der im Gesicht, an der Brust und den oberen Extremitäten zahlreiche, circumskripte, mit silberweifsen Schuppen bedeckte Stellen zeigt, die ganz Psoriasisplaques gleichen, am Rande und gegen die gesunde Haut ausstrahlend aber deutlich disperse Knötchen zeigen. Hinter dem rechten Ohr Nässen. Es handelt sich also um ein **Ekzem en plaques.**

2. Einen ähnlichen Fall bei einem Erwachsenen.

3. Ein ausgebreitetes Syphilid mit **orbikulären seborrhoischen Papeln** im Gesicht.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 73. Heft 2 u. 3.

I. **Lepra im Rückenmark und den peripheren Nerven,** von H. P. Lie-Bergen. (Schlufs.) Bedeutender sind die Veränderungen in der weifsen Substanz; sie bestehen im Schwund der Nervenfasern und kleineren Veränderungen der Markscheiden und Axencylinder und in den Hintersträngen, zugleich in einem deutlicheren Hervortreten des Gliagewebes. In den Vorder- und Seitensträngen ist keine besondere Veränderung im Gliagewebe aufgetreten. Die Degeneration der Hinterstränge zeigt sich z. B. in der Lumbalintumeszenz; dort ist sie in der unteren Partie mehr gleichmäfsig in die Breite verteilt bis an die hinteren Hörner. Im obersten Teil nimmt die laterale Partie ein mehr normales Aussehen an, während das Umgekehrte an beiden Seiten des Septum mediale der Fall ist. Meist normal sind die Teile der Hinterstränge, die am meisten nach vorn liegen; die Degeneration im Dorsalmark bildet eine direkte Fortsetzung der Degeneration im obersten Teil des Lumbalmarks, wo die Degeneration sich mehr und mehr von den lateralen Partien zurückzieht und sich in der medialen Partie konzentriert, in welcher sie sich durch das ganze Dorsalmark fortsetzt. Wo die Halsintumeszenz ansetzt, hier kommt zu der Degeneration in den Gollschen Strängen auch Degeneration in den Burdachschen Strängen hinzu. Was das Auftreten der Leprabazillen im Rückenmark betrifft, so ist es auch hier gelungen, die Scheidung zu tilgen, die man früher zwischen knotiger und glatter Form der Lepra hat aufstellen wollen, denn Bazillen sind in beiden Formen gefunden. Der Sitz der Leprabazillen im Rückenmark ist fast ausschliefslich in den Ganglienzellen. Jedenfalls tritt bei Lepra Degeneration in den Hintersträngen des Rückenmarks konstant auf, wenn die Krankheit ein gewisses Stadium der Entwicklung erreicht hat, unabhängig von der Form, welche die Krankheit ursprünglich gezeigt hat. Lies Befunde scheinen bestimmt auf Veränderungen in den peripheren Nerven als Ausgangspunkt der Veränderungen in den Hintersträngen des Rückenmarks zu deuten. Die Degeneration ist von der peripheren Nervenaffektion abhängig, und diese wieder von einer direkten Einwirkung der Leprabazillen hervorgerufen. Die Degeneration der Hinterstränge ist daher eine Folge der Lepra selbst und charakteristisch für diese Krankheit. Verwechslung kann nur mit anderen peripheren Neuritiden, die die Nerven in derselben Weise wie Lepra angreifen, stattfinden. Die Veränderungen in den Vorder- und Seitensträngen sind im Gegensatz zu den Hintersträngen gering. Den Schlufs bildet der ausführliche Bericht über die Untersuchung von 14 Leprafällen.

II. **Venenerkrankungen im Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis,** von Erich Hoffmann - Berlin (Schlufs). Es folgt der Bericht über sechs Fälle aus Lessers Klinik und eine eingehende Schilderung der Venenentzündungen, die etwa folgendes Resultat haben. Syphilitische Venenentzündungen kommen bereits in der Frühperiode der Syphilis vor und sind nicht so selten; sie lassen sich in drei Gruppen teilen, welche als strangförmige Phlebitis, nodöse Syphilide (Periphlebitis) und Erythema nodosum syphiliticum bezeichnet werden können. Die strangförmige Phlebitis befällt mit Vorliebe Männer von etwa 28 Jahren und lokalisiert sich meistens an den Venae saphenae, besonders der Vena saphena magna, während subcutane Armvenen

nur selten ergriffen werden. Sie erstreckt sich gewöhnlich über gröfsere Abschnitte und vermag sich auch über die ganze Saphena magna vom Fufs bis zur Leiste auszubreiten, häufig ist sie multipel, betrifft also mehrere der genannten Venen zugleich oder nacheinander. Meist entsteht sie plötzlich, ohne wesentliche Temperatursteigerung, und ist selten von erheblichem Ödem des betreffenden Gliedes begleitet; gewöhnlich verrät sie sich durch einen mehr oder weniger heftigen spontanen, bei Bewegungen und auf Druck sich steigernden Schmerz und das Auftreten eines harten cylindrischen, unter der Haut verschieblichen Stranges; an ihm lassen sich fast immer eine Anzahl knotiger Verdickungen fühlen, welche häufig den Venenklappen zu entsprechen scheinen. Diese strangförmige Phlebitis tritt in den meisten Fällen während der Eruptionsperiode der Syphilis oder kurze Zeit später auf und kann dem Auftreten des ersten Exanthems um einige Tage vorausgehen, selten erscheint sie einige Wochen oder Monate später, mitunter rezidiviert sie zugleich mit einem Rückfall der Syphilis. In den meisten Fällen geht sie unter kombinierter Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium schnell zurück, selten ist sie hartnäckig, es bleibt selbst nach einem Jahre dann eine Sklerose der Gefäfswand zurück, während das Lumen stets wieder durchgängig zu werden scheint. Diese Erkrankung der grofsen Venen geht nicht auf die tieferen über und bewirkt nie Embolien. Ob die bei frischer Lues erst dreimal beobachtete Thrombophlebitis der Poplitea nur durch die Syphilis verursacht wird, ist noch unklar. Die typische Phlebitis der subcutanen Venen wird lediglich durch das syphilitische Virus hervorgerufen, schwere körperliche Arbeit gibt die Gelegenheitsursache für die Lokalisation in den genannten Venen, speziell den Saphenae, ab. Histologisch ist diese syphilitische Phlebitis ausgezeichnet durch eine bedeutende Verdickung der Wand, welche besonders die Media und Intima betrifft. Die stärksten Entzündungserscheinungen weist die innere Längsschicht der Media auf. Den Angriffspunkt des syphilitischen Virus stellen wahrscheinlich die in den Venen bis dicht unter die Intima sich erstreckenden und in den Klappenwülsten am reichlichsten vorhandenen, oberflächlich gelegenen feinen Schlingen der Vasa vasorum dar. Von hier aus verbreitet sich der Entzündungsprozefs, indem er entweder die aus groben Netzen zusammengefügte Elastica interna durchbricht oder längs den aus den Nährgefäfsen sich sammelnden, direkt ins Lumen mündenden kleinsten Venen sich fortsetzt und so schnell die Oberfläche erreicht. Hier entsteht dann im Anschlufs an die Wandentzündung eine zunächst lokale, aber bald über kleinere oder gröfsere Abschnitte des Gefäfses sich ausdehnende, das Lumen teilweise oder ganz erfüllende Thrombose. Neben der Erkrankung der Vasa vasorum und Lymphspalten, welche oft durch gewucherte Endothelien völlig verschlossen sind, der bedeutenden Wucherung fixer Zellen und dem Vorkommen Unnascher Plasmazellen zeichnet sich das histologische Bild vor allem durch das Vorhandensein sehr zahlreicher Riesenzellen aus, die von Endothelien abzustammen scheinen, sie gleichen vielfach gänzlich den Langhansschen Riesenzellen und enthalten aufser einigen Leukocyten keine nachweisbaren Fremdkörper. Bakterien wurden nicht gefunden. Nodöse Syphilide sind die subakuten, kugeligen oder spindelförmigen, meist an den Unterschenkeln auftretenden Knotenbildungen, welche sich schon nach dem ersten Exanthem entwickeln können und mit Vorliebe bei Frauen um variköse Venen entstehen; sie reagieren auf Quecksilber und Jod, zuweilen tritt bei ihnen zentrale Erweichung und Ulceration ein. Diese Erkrankung geht von der Venenwand aus und betrifft besonders solche Venen, deren Wand infolge von Varikositäten phlebosklerotische Veränderungen zeigt. Es besteht eine spezifische, ungleich verteilte, in der Wand keine Spur von Nekrose zeigende Entzündung, der stets eine obturierende Thrombose folgt. Auch hier sind Riesenzellen vorhanden, und es besteht ebenfalls eine starke, mit Endothelwucherung

einhergehende Erkrankung der Vasa vasorum und Lymphspalten. Das entzündliche Infiltrat erstreckt sich weit in die Umgebung der betroffenen Venen. Das Erythema nodosum syphiliticum betrifft meist Frauen mit schwerer, frischer Syphilis und geht gewöhnlich mit Fieber einher, es gleicht dem vulgären Erythem, verläuft akut reagiert auf Jod und Quecksilber und geht schnell zurück. Es geht von einer Phlebitis kleiner, subcutaner Venen aus, auch hier ist meist Media und Adventitia entzündet, die Veränderungen der Intima sind gering, Riesenzellen kommen nur vereinzelt vor, dagegen sind reichlicher polynukleäre Leukocyten und geringe hämorrhagische Infiltrationen in der Gefäfswand. Bei beiden letzten Formen (Erythema nodosum und nodösem Syphilid) entwickelt sich die Wandentzündung mit Vorliebe an den Teilungsstellen der Venen. Für das Erythema multiforme syphiliticum erscheint der Ausgang von einer Erkrankung cutaner Venennetze wahrscheinlich. Übergangsformen aller Formen und Kombinationen werden nicht selten beobachtet.

III. **Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple, benigne Sarkoid,** von C. Boeck - Christiania. (Schlufs.) Die histologische Untersuchung der fünf Fälle (drei der grofsknotigen und zwei der kleinknotigen Form) zeigt überall dasselbe charakteristische Bild. Immer dieselben scharf begrenzten, schwellenden Herde im Corium von verschiedener Gröfse und Form, welche zusammen einen Knoten bilden. Es gibt überhaupt kaum eine andere Erkrankung der Lederhaut, welche schon bei schwacher Vergröfserung beim ersten Anblick ein so eigentümliches, sich immer gleich bleibendes mikroskopisches Bild gibt wie eben diese. Die Diagnose der Erkrankung ist nicht sehr schwer. Die Hauteruptionen zeigen Vorliebe für spezielle Lokalitäten und sind oft symmetrisch verbreitet. Sie treten in der Regel plötzlich auf, meist von Jucken begleitet, meist im Winter. Im ersten Anfang ist der Prozefs etwas tiefer in der Haut gelagert, bis er an die Oberfläche dringt. Hier sind die einzelnen Effloreszenzen äufserst persistent und breiten sich langsam peripherisch weiter; es besteht eine besondere Neigung der Krankheit, sich um Narben nach alten Läsionen zu lokalisieren. Der Prozefs führt nie zu Ramollisement oder zu Ulcerationen. Das eigentlich Pathognomonische für diese Hautaffektion ist das Auftreten des krankhaften Prozesses in kleinen miliären Herden, die überall die verschiedensten Ausschlagsformen konstituieren und auch stets in denselben diaskopisch nachgewiesen werden können. Für alle Formen ist eine sehr feinschuppige Abschilferung an der Oberfläche gemeinsam. Die Schleimhaut der Nasengänge ist oft affiziert, auch können Conjunctiva, Gingivalschleimhaut, Genitalschleimhaut und Bronchialschleimhaut mitbetroffen sein. Femoral, Inguinal-Cubitaldrüsen sind oft stark angeschwollen, zeigen aber keine Neigung zum Vereitern. Die Anschwellung der Drüsen findet gleichzeitig mit den Hauteruptionen statt und schwindet vor den letzteren. Die Hauteruptionen treten hauptsächlich in drei Formen auf, die grofsknotige, die kleinknotige und die diffus infiltrierte Form. Differentialdiagnostisch kommen gegen das multiple benigne Sarkoid in Betracht Lupus follicularis disseminatus, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes discoides, Lues, Lepra; das Mikroskop gibt aber auf alle Fälle sicheren Aufschlufs. Die Prognose ist günstig, eine energische, konsequente Arsenbehandlung bei guter Verpflegung bewirkt stets gute Erfolge. Ätiologisch ist die Affektion entweder als eine höchst eigentümliche Form der Tuberkulose oder als eine mit der Tuberkulose sehr nahe verwandte konstitutionelle Infektionskrankheit aufzufassen. Die Behandlung mufs sich vor allem auf den Gesamtorganismus erstrecken, sie besteht in Arsenik, Eisen, Lebertran. Lokal ist Finsenlicht zu versuchen, auch eine starke Resorcin-Wismutsalbe bewährt sich. Als Name würde sich Benignes Miliär-Lupoid eignen.

IV. **Zur klinischen, anatomischen und experimentellen Grenzbestimmung lupöser Hautläsionen,** von G. Nobl-Wien. (Schlufs.) An den Randsektoren konfluierender Lupusherde sind meist drei Zonen zu unterscheiden, die bald in scharfer Absetzung aneinander grenzen, bald in allmählicher Abschwächung ineinander übergehen. Es sind das die peripheren Anteile des spezifischen Plasmoms, eine mehr oder minder entwickelte perilupöse Reaktionszone und der durch keinerlei Alteration in den Prozefs einbezogene normale Hautsaum. Das anatomische Explorationsergebnis zeigte, dafs die diskoiden und auch mehr diffusen Krankheitsherde in Nobls sich auf 25 Fälle erstreckenden Beobachtungsreihe stets radikal, d. h. sowohl der Tiefe als der Flächenausdehnung nach, in gebotener Entfernung von den pathologischen Gewebsanteilen und ihren reaktiven Mantelzonen zur Absetzung gelangten. Alle innerhalb der Reaktionszone operierten Lupusfälle kamen anstandslos zur Vernarbung, wenn man vorher zur Bestimmung der Exstirpationsgrenzen systematisch die örtliche Tuberkulinreaktion verwertete. Dem Standpunkt Klingmüllers, dafs für die therapeutischen Mafsnahmen die örtlichen, durch Injektion von Alttuberkulin hervorgerufenen Reaktionszonen als Direktive zu dienen haben, pflichtet Nobl nur insofern bei, als sich dieser Vorschlag auf die scharf markierten, die spezifischen Infiltrate nur um wenige Millimeter überragenden Erythemsäume bezieht, und dies um so eher, als uns ja die klinischen und anatomischen Merkzeichen ohnehin bei der Absetzung der Krankheitsherde über ähnlich ausgedehnte perilupöse Areale hinausgehen heifsen.

V. **Über Lichen spinulosus,** von Felix Lewandowsky-Bern. Nach einer Aufzählung der bisher veröffentlichten Fälle und der Beschreibung der von Radcliff Crocker zuerst geschilderten Krankheit beschreibt Verfasser einen einschlägigen Fall, der im Winter in der Dermatologischen Klinik zu Bern beobachtet wurde und ein neunjähriges Mädchen betraf. Die mikroskopische Untersuchung exzidierter Hautstücke bestätigte die klinische Beobachtung, dafs es sich um eine rein follikuläre Erkrankung entzündlicher Natur mit begleitender und vor allem mit sekundärer Parakeratose resp. Parahyperkeratose handelt. Der Prozefs beginnt mit einem Ödem der äufseren Wurzelscheide, das in den äufseren Schichten völlig dem bei anderen Erkrankungen beobachteten Status spongoides der Epidermis entspricht. In den zentralen Partien kommt es bald zu einer Hohlraumbildung unter Degeneration und Verflüssigung von Epithelzellen. Weifse Blutkörperchen durchwandern die Follikelwand und sammeln sich in dem zentralen Hohlraum an, so dafs man von einer intrafollikulären Pustelbildung sprechen kann. Diese Pusteln bleiben meist im klinischen Bilde unsichtbar. Dafs es sich dabei nicht um eine sekundäre Pustulation handelt, dafür spricht die Sterilität des Pustelinhalts. Durch die Ausdehnung der Höhlung und infolge erhöhten Innendruckes kommt es zu einer Abplattung der begrenzenden Follikelepithelzellen; diese Infiltration der Follikelwand kann so hochgradig werden, dafs kaum noch einzelne Epithelzellen zu erkennen sind. Die Parakeratose des Follikelausganges kann zeitweise so stark werden, dafs die Hornmassen den Follikelausgang verstopfen und das Haar am Austritt verhindern. Weiter wird dann der Inhalt der Pusteln resorbiert, die Parakeratose ergreift nun die ganzen inneren Schichten der Follikelwand, und es findet nun um das Haar herum eine massenhafte Produktion von parakeratotischen Lamellen statt. Diese nimmt bald einen derartigen Umfang an, dafs die Hornmassen im Follikelinnern keinen Platz mehr finden, und so die älteren durch die immer frisch produzierten Lamellen allmählich aus dem Follikel herausgeschoben werden. Da sie aber miteinander in festem Zusammenhang bleiben, entstehen auf diese Art jene stachelartigen Gebilde, die wegen ihrer äufserst charakteristischen Form der Krankheit ihren Namen gegeben haben. Kommt der Prozefs schliefslich zum Stillstand, so wird der Stachel ausgestofsen.

VI. **Beitrag zur Kenntnis septischer Exantheme**, von Josef Novak-Prag. Bei einem 14jährigen Jüngling trat eine akute Infektionskrankheit neben schwerer chronischer Endokarditis auf. Unter mäfsigen Fieberbewegungen mit remittierendem, zeitweise auch intermittierendem Charakter trat ein scharlachähnliches Exanthem auf, welches anfangs streng halbseitig war und sich erst allmählich von der zuerst befallenen linken Seite auf die rechte ausbreitete. Immer zeigt die linke Körperhälfte ein weiter vorgeschrittenes Stadium dieses erythematösen Prozesses. Während der stärksten Ausbreitung des Exanthems besteht hohes Fieber, das bei der Rückbildung des Ausschlages unter mäfsigem Schweifsausbruch kritisch abfällt. Darauf folgen subnormale Temperaturen. Während der Harnbefund in der ersten Zeit nur auf eine Stauungsniere schliefsen läfst, ergibt die Harnuntersuchung in den letzten Tagen deutliche Zeichen einer akuten Nephritis. Es erfolgt Exitus. Im Herzblut fand man kulturell zwei Kolonien von Staphylococcus pyogenes albus, eine Kolonie eines nicht Grambeständigen Fadenpilzes. Es handelte sich um ein scharlachähnliches, septisches Exanthem. Der Ursprung der Infektion geht wahrscheinlich vom Darm aus.

VII. **Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa**, von Andreas Burián-Budapest. Es handelt sich um fünf Fälle von Urticaria bullosa, welche dadurch zustande kommen konnte, dafs das Wanzengift die Hautgefäfse derart alterierte, dafs das plötzlich in gröfserer Menge herausströmende Serum in den physiologischen Cutisspalten keinen Platz hatte, wie bei der Urticaria, sondern in das Epithel eindrang, dessen Schichten zerrifs und sie als Blasen emporhob. Dieses ist als Folge von Wanzenbissen bisher noch nie erwähnt, obwohl die Urticaria bullosa zu den verschiedensten Irrtümern Anlafs geben kann, so zur Annahme von Variola, Varicella, hämatogenem Erythema urticatum und Erythema polymorphe. Es handelte sich in vorliegenden Fällen nicht um eine infektiöse, hämatogene Eruption oder ein Arzneiexanthem, sondern lediglich um Wanzenbisse. In dem einen Falle drang auf der Stelle des Wanzenbisses der Streptococcus erysipelatis ein. Die Frage, ob die Hautveränderungen durch die Alkalizität des Wanzengiftes oder durch die Kraft des Enzyms verursacht werden, ist vorläufig noch unbeantwortet.

VII. **Über atypischen Lichen scrophulosorum**, von Friedrich Schürmann-Frankfurt a. M. Aus Herxheimers Abteilung berichtet Sch. über drei Fälle von atypischem Lichen scrophulosorum im Anschlufs an die bisher veröffentlichten Fälle anderer Autoren, besonders Klingmüllers. Bei der Betrachtung der drei Fälle fällt vor allem das Nebeneinandergehen zweier äufserlich differenter Affektionen auf. Plane Knötchen kamen und gingen mit den spitzen des typischen Lichen scrophulosorum. Die Einzelefflorescenzen weichen von dem typischen Bilde durch die Farbe und den Glanz ab und sind gröfser. Da die Dermatose jedoch, wie die ausführlichen Krankengeschichten zeigen, im übrigen alle Merkmale des Lichen scrophulosorum zeigt, so ist die Diagnose sicher. Es empfiehlt sich jedoch, auch beim Lichen scrophulosorum ebenso wie beim Lichen ruber in Zukunft eine akuminierte und eine plane Form zu unterscheiden, da die Beobachtungen vieler Autoren, wie auch die vorliegende, zeigen, dafs es Abweichungen von der gewöhnlichen Form gar nicht so selten gibt. Histologisch sind die Knötchen des Lichen scrophulosorum, wie auch in vorliegenden Fällen, das Resultat einer Zellinfiltration und Exsudation um die Haarfollikel und die dazu gehörigen Talgdrüsen, sowie in die die Follikelmündung zunächst begrenzenden Papillen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Band 12, Heft 2.

1. **Kombination von Psychose und Hautkrankheit,** von Raschkow-Berlin. Es ist nach R. eine bekannte Tatsache, dafs es Beziehungen zwischen Psychosen und Hautkrankheiten gibt; in der Literatur findet sich eine allerdings nicht grofse Anzahl von Fällen beschrieben, in denen die beiden Affektionen sich gegenseitig beeinflufsten, Vikariieren beider Krankheiten oder wechselweise auftretende Schwankungen ihrer Intensität konstatiert wurden. R. zählt diese Fälle, soweit sie von Pilcz in seiner Arbeit über „Die periodischen Psychosen“ gesammelt worden sind, einzeln auf und teilt dann einen von ihm selbst beobachteten einschlägigen Fall mit. Er betraf eine 44jährige, an Amentia (Delirium hallucinatorium) erkrankte Frau, bei der sich in einem Stadium nachlassender Angst und Erregung eine Akne rosacea einstellte. Sobald die psychischen Störungen stärker wurden, blafste die Akne ab, auf dem Höhepunkte der Erregung war sie fast ganz verschwunden, um mit dem Eintreten relativer Beruhigung wieder an Intensität zuzunehmen. Dieser Wechsel konnte wiederholt beobachtet werden. Dafs es sich bei der Kranken um ein zufälliges Zusammentreffen von Haut- und Geisteskrankheit gehandelt habe, erscheint nach dem ganzen Verlaufe ausgeschlossen; welcher Art freilich der Zusammenhang zwischen den zwei Affektionen war, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, möglicherweise waren beide durch eine Intoxikation verursacht.

2. **Thrombophlebitis blennorrhoica,** von Voss - Breslau. Nach einer kurzen Besprechung der bisher erschienenen noch sehr spärlichen Literatur über blennorrhoische Phlebitis teilt V. die Krankengeschichte eines 27jährigen Mannes mit, bei dem sich ca. vier Wochen nach Beginn einer akuten Blennorrhoe am Dorsum penis dicht unter der Haut eine strangförmige, harte, auf Druck ziemlich schmerzhafte, verschiebliche Infiltration entwickelt hatte. Das Infiltrat, welches durchaus das Bild einer Lymphangitis darbot, wurde auf Wunsch des Patienten exzidiert; die Folgen der Operation waren starke Blutungen aus der kleinen vernähten Exzisionswunde, ausgedehnte subcutane Hämatombildung und starkes Ödem am Skrotum und Präputium, sowie aufserordentlich hartnäckige Erektionen. Die histologische Untersuchung des exzidierten Stückes zeigte, dafs es sich nicht um eine Lymphangitis, sondern um eine Thrombophlebitis der Venae dorsales penis handelte. Der Strang enthielt in seinem oberflächlichen Teile, der sich schon makroskopisch durch derbere Konsistenz auszeichnete, drei untereinander liegende, in kleinzellig infiltriertes Bindegewebe eingebettete, thrombosierte Venen. Das Infiltrat kam nicht nur dicht an die Gefäfse heran, sondern durchsetzte auch ihre Wandungen und stand in Zusammenhang mit den mehr oder weniger organisierten Thromben. Die beiden oberen Venen zeigten noch ein kleines Lumen, die dritte, am tiefsten gelegene, war durch einen völlig organisierten Thrombus ganz und gar verschlossen. Die Gefäfswände waren durch das Infiltrat stellenweise vollständig durchbrochen, die elastischen Fasern zum Teil auseinandergerissen und vernichtet. Die Arterien und Venen in dem tiefer gelegenen Teile des Stranges, in dem sich nichts von kleinzelliger Infiltration fand, waren intakt. Gonokokken konnten weder in den Thromben noch in dem periphlebitischen Infiltrate nachgewiesen werden. — Die Thrombophlebitis war in diesem Falle kaum metastatischer Natur, wie in den von Heller und Sassekath publizierten Fällen, sie ist vielmehr wahrscheinlich durch direkte Fortsetzung der Entzündung auf den Lymphwegen entstanden. Die auf den Lymphbahnen bis an die Gefäfswände heranschleichende Infiltration hat zunächst die Vasa vasorum ergriffen, dann die Gefäfswand in ihrer Integrität geschädigt, zu einer Endophlebitis geführt und so zur Thrombosierung der Venen Veranlassung gegeben.

V. ist durch seine Beobachtung zur Überzeugung gelangt, dafs die bei akuter Blennorrhoe nicht selten vorkommenden strangförmigen Infiltrationen, die bisher wohl stets als Lymphangitis blennorrhoica gedeutet wurden, in vielen Fällen Phlebitiden, bezw. Thrombophlebitiden sind. Die Lymphgefäfse weisen dem infiltrierenden Prozesse nur den Weg. Diese Auffassung macht das plötzliche Auftreten schwerer Komplikationen, wie der blennorrhoischen Endokarditis oder einer Gelenkmetastase, viel plausibler.

3. **Über die Pagetsche Krankheit (Pagets disease of the nipple)**, von M. A. Tschlenoff-Moskau. Der Artikel wird fortgesetzt.

4. **Über Pseudoalopecia atrophicans crustosa**, von Wilhelm Wechselmann-Berlin. W. fand bei einem 16jährigen, skrophulösen Patienten auf der Kopfhaut mehrere alopecische Herde, die sich durch unregelmäfsige Form und buchtige Ränder von der gewöhnlichen Area Celsi unterschieden. Die Haut der betreffenden Stellen war blafs, leicht glänzend und hart und lag der Unterlage straff an. Am Rand der Flecken fand sich eine leicht infiltrierte, schmale rote Zone, die von einer bräunlichen krustösen Masse bedeckt war; nach Entfernung dieser krustösen Auflagerungen, die früher die Herde vollständig überzogen hatten, kam eine rötlich-bläuliche, leicht feuchte, aber nicht nässende, dünne Epidermis von spiegelnder Oberfläche zum Vorschein; an einzelnen Stellen senkten sich die Krusten in Form hirsekorngrofser Zapfen in die Haut ein, sie liefsen bei ihrer Entfernung kleine flache Mulden zurück. Die Flecken trugen nur mehr ganz wenige Haare, die an ihren Austrittstellen ebenfalls von bräunlichen Krusten umgeben waren; sie waren leicht zu epilieren und erwiesen sich als dünne, marklose, an der Spitze zerfaserte Kolbenhaare. Die Untersuchung zweier, aus zwei verschiedenen Herden exzidierten Hautstückchen ergab, dafs es sich um eine zur Narbenbildung führende Entzündung des Corium mit Ödem, mangelhafter Verhornung in und Krustenbildung auf der Epidermis, Atrophie der Haarbälge und Talgdrüsen und Schwund des elastischen Gewebes im oberen Teile der Cutis handelte. Der Prozefs gehört zur Gruppe der Ulerytheme Unnas; analoge Fälle, in denen nur die Krustenbildung fehlte, sind von französischen Autoren als Alopecie pseudocicatrielle, Folliculite épilante, décalvante und als Pseudopelade beschrieben werden. Die Ursache solcher Prozesse ist nach W. in manchen Fällen wahrscheinlich ein gelöstes Tuberkulosetoxin.

5. **Gedankenaustausch mit Professor Niels R. Finsen über Lichttherapie**, von H. Strebel-München. Str. war es vergönnt, ein paar Jahre hindurch mit Finsen in wissenschaftlichem Briefwechsel zu stehen. Er teilt einige der Briefe, die er von dem genialen Manne erhalten hat, mit und knüpft daran Bemerkungen über Finsens und seine Stellung zur Rotlichtbehandlung der Variola, zur Frage der Eisenlichttherapie, zur Sensibilisierung nach Dreyer; zum Schlusse berichtet er einiges über verschiedene physiologisch interessante, therapeutisch aber nicht verwendbare Strahlungen und über frühere Versuche, das Sonnenlicht zu Kauterisations- und Heilzwecken zu benutzen. Für die Mitteilung der Briefe, in denen sich Finsen über verschiedene, die Lichttherapie betreffende Fragen äufsert, gebührt Str. aufrichtiger Dank; es ist nur zu wünschen, dafs er sich zur Veröffentlichung aller Briefe Finsens entschlösse. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Band V, Nr. 3.

Die Behandlung des Lupus mit Kalium permanganicum, von L. Butte-Paris. (Fortsetzung.) Die Académie de médecine hatte (wie bereits früher berichtet)

Hallopeau mit der Prüfung dieses Verfahrens beauftragt. In seinem hier in extenso wiedergegebenen Berichte bezeichnet H. die Methode als entschieden empfehlenswert für ulcerierte, sezernierende Fälle. Er zieht es aber vor, die Applikationen nicht nur einen Tag um den anderen, sondern täglich vorzunehmen, auch wenn die Heilung begonnen hat. Bei nicht ulcerierten Fällen hat er die von Kaczanowski empfohlene Applikation von gepulvertem Kalium permanganicum in Substanz vorteilhafter gefunden. Man läſst das Pulver eine Viertelstunde lang liegen, wäscht dann soviel wie möglich ab und wartet drei bis sechs Tage das Resultat ab, um alsdann eventuell das Verfahren zu wiederholen. Bei tiefsitzenden Knötchen, welche trotz solcher Behandlung noch bestehen bleiben können, wendet er des weiteren die Finsensche Bestrahlung an. (Forts. folgt.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 1.

Der Pemphigus der Schleimhäute, von Julien Méneau. Der Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, eine kurze Klinik des Pemphigus, soweit die Schleimhäute von ihm befallen sind, zu geben. Es werden nacheinander die Schleimhautveränderungen beim Pemphigus acutus und chronicus, beim Pemphigus foliaceus und vegetans, beim Pemphigus hystericus, traumaticus und epidemicus zur Darstellung gebracht. Bei jeder dieser Formen finden sich noch wieder Unterabteilungen; beim Pemphigus acutus und chronicus wird unterschieden, ob er sich auf die Schleimhäute beschränkt oder auch auf die Körperhaut ausdehnt, ob diese oder jene zuerst erkrankt sind; die einzelnen Schleimhäute, Conjunctiva, Nasen-, Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut werden besonders abgehandelt. Bei allen Formen werden Differentialdiagnose, Verlauf, pathologische Anatomie und Behandlung berücksichtigt, und eine zwölf Seiten lange Bibliographie bildet den Schluſs der fleiſsigen und gründlichen Arbeit. Aber zu einem Referat ist ihr Inhalt nicht geeignet, da sie selber nur in Kürze die feststehenden Tatsachen angibt, auch keine eigenen Beobachtungen bringt. *Türkheim-Hamburg.*

La Syphilis.

Band III, Heft 1. Januar 1905.

I. **Über Syphilis der Zirkulationsorgane**, von Barthélemy-Paris. Jede syphilitische Affektion ist zurückzuführen auf eine Mitbeteiligung des Gefäſssystems. Herzerscheinungen können entweder schon frühzeitig etwa 15 bis 25 Monate nach der Infektion auftreten oder erst später als Myocarditis syphilitica. Ersteres tritt besonders auf bei Syphilitikern, welche entweder zu wenig oder zu spät spezifisch behandelt worden sind; charakteristisch ist dabei besonders die Arythmie oder sogar Tachykardie ohne gleichzeitige Exophthalmie und eine gleichzeitige allgemeine Herzerweiterung. Sie unterscheidet sich von der Basedowschen Krankheit, welche allerdings auch oft Beziehungen zur Syphilis hat. Dagegen erscheint eine Hypertrophie des Herzens, sowie eine Erkrankung der Herzklappen erst später und pflegt bei rechtzeitiger energischer Quecksilber- und Jodbehandlung auszubleiben, im Gegenteil, eine spezifische Behandlung bringt meistens Heilung dieser Frühsymptome von seiten des Herzens. Die Spätform ist stets eine Myocarditis, sie beeinträchtigt wesentlich den Gesamtorganismus und in Sonderheit das gesamte Gefäſsnetz, auch stellen sich oft Gummata ein. Besonders die Aorta wird bald schwer in Mitleidenschaft gezogen. Klinisch beobachtet man eine hartes Geräusch des ersten Herztons und ein weiches des zweiten Tons. Meist tritt Insuffiziens der Aortenklappe auf, oft ist diese Erscheinung auch

bei Tabikern beobachtet. Eine Lymphocytose des Gehirns ist ebenfalls nicht selten im Sekundärstadium der Lues, bei den Tertiärluetischen ist sie seltener und meist von anderen Erscheinungen des Nervensystems begleitet, wie Störungen des Pupillen- und Sehnenreflexes. Die chronischen Entzündungen der Aorta führen nicht selten zu Aneurysmen derselben, dagegen zeigt sich dann selbst Jod und Quecksilber ziemlich machtlos. Auch die Beteiligung der Hirnarterien sind nicht selten, sie können zu einer Obliteration oder Ruptur der Gefäfse und so zum Tode führen, meist aber sind es Späterscheinungen. Das luetische Gift greift aber nicht nur die Gefäfse an, sondern bewirkt auch im Blute selbst Veränderungen, und diese ziehen dann den gesamten Organismus in Mitleidenschaft, dieser sucht sich nach Kräften gegen diese Infektion zu schützen, jedenfalls ist es sicher, dafs das syphilitische Virus im menschlichen Organismus eine lebhafte Reaktion der hämatogenetischen Organe hervorruft. Ein weiterer Abschnitt ist der Gangraena senile gewidmet, die nicht selten bei Syphilitikern von etwa 50 Jahren auftritt, oft in Kombination mit Diabetes, besonders bei schlecht behandelten Luetikern. Bei diesen Diabetikern verringert sich der Zuckergehalt auffallend bei antisyphilitischer Behandlung. Gefäfsverletzungen durch Syphilis werden auch viel im Augenhintergrund gesehen, auch sie heilen oft unter Merkur. Kapitel 3 beschäftigt sich noch eingehend mit den Blutveränderungen und der Übertragung der Lues von Mutter und Kind, Kapitel 4 schildert einen Fall einer allgemeinen Periarteritis luetica bei einem Foetus mit konsekutiven Herzläsionen. B. zieht den Schlufs, es gibt Herzen, die ursprünglich widerstandsfähig sind und ebenso solche, die es nicht sind. Bei Eintritt der Syphilis bleibt das Herz anfangs dann bisweilen gesund, doch wird es schliefslich von seiten der erkrankten Gefäfse und auch von seiten des erkrankten Nervensystems angegriffen und führt sodann zu Ernährungs- und Funktionsstörungen. Jedenfalls kann die Syphilis allein diese Herzaffektionen hervorrufen, während man früher dafür nur Rheumatismus und verschiedene akute Infektionskrankheiten verantwortlich machte. Es ist diese Tatsache von grofser Wichtigkeit, weil man durch diese Kenntnis nicht selten imstande ist, therapeutisch günstig einzuwirken.

II. **Über tertiär-syphilitisches Fieber,** von Kayser - Batavia. Schon öfters hatte K. die Beobachtung gemacht, dafs bei verschiedenen Fieberkranken in Batavia das Fieber weder auf Chinin oder sonstige Antipyretika reagierte, aber nach Jodkalium sofort schwand, doch waren seine Beobachtungen meist zu kurz, um daraus bindende Schlüsse zu ziehen. Jetzt berichtet er über einen Patienten, den er jahrelang beobachtet hat. Der Patient hatte 1880 Syphilis erworben, von welcher keine Erscheinungen mehr beobachtet wurden. 1901 stellten sich Gelenkschmerzen und Fieber ein. K. gab ihm in Erinnerung an ähnliche Fälle Jodkalium mit grofsem Erfolge, in drei Tagen waren Fieber und Schmerzen gewichen, er setzte die Jodkur fort. 1903 erfolgte ein ähnlicher Anfall mit Schmerzen im Schenkel, auch hier brachte Jodkalium Heilung. Eine Hydrargyrumkur im Anschlufs daran wollte Patient absolut nicht machen. Nach einiger Zeit trat wieder Fieber auf. Endlich entschlofs sich Patient zu einer Quecksilberkur. K. schliefst aus dem jedesmaligen prompten Reagieren des Fiebers im vorliegenden Falle auf Jod, dafs es sich hier um ein Fieber der luetischen Spätzeit handelt, was bisher nur selten besprochen wurde und doch öfters vorzukommen scheint, als man allgemein annimmt, und welches zu kennen nicht ohne Bedeutung ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bücherbesprechungen.

Spezialbuchhaltung für Ärzte, von J. F. Baumann. (Th. Schröter, Zürich und Leipzig.) Referent möchte bezweifeln, ob für den allgemein praktischen oder Spezialarzt eine so detaillierte, auf kaufmännischen Prinzipien beruhende Buchhaltung wirklich ein Bedürfnis ist, hält dies aber bei Besitzern von Heilanstalten und ähnlichen Betrieben für gegeben. Für diese kann das vorliegende Buch, welches im allgemeinen Teil das Prinzip der Buchführung und die Konti des Hauptbuches, das neben dem Konsultationenbuch und dem Journal (für alle täglichen Ausgaben und Einnahmen) zu halten ist, beschreibt, ein recht nützlicher Wegweiser sein. Der II. Abschnitt: Führung der Bücher bespricht das Eröffnungsinventar, die Eröffnung der Buchhaltung, Jahresabschlufs und Wiedereröffnung der Bücher usf., der III. Abschnitt bringt Beispiele zu den Buchungen, supponierte Buchungsfälle und Büchereinträge nebst Probebilanzen. Als Beleg für die nicht sehr grofse Einfachheit dieser Buchführung seien die verschiedenen Konti, welches das schematisch dargestellte Hauptbuch enthält, wiedergegeben: Kassakonto, Praxiskonto, Privat-, Spesen-, Bank-, Kreditoren-, Debitoren-, Kapital-, Effekten-, Immobilienkonto, Gewinn- und Verlustkonto. Glücklich der Arzt, der all diese Konti mit Ausnahme des letzten und den Kreditoren mit recht stattlichen Ziffern ausfüllen kann!

Stern-München.

Über Gummiknoten im Herzfleische bei Erwachsenen, von Wilhelm Stockmann. (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1904.) Nach einleitendem historischen Überblick, in welchem erwähnt wird, dafs der erste strikte Beweis der Existenz einer Herzsyphilis von Ricord im Jahre 1845 erbracht wurde, gibt Verfasser in der hierauf folgenden Kasuistik eine kurze Beschreibung sämtlicher in der ihm zugänglichen Literatur erwähnten Fälle von Herzsyphilis in chronologischer Aufeinanderfolge; es sind deren 76. Daran anschliefsend werden vier im Krankenhaus am Urban zu Berlin beobachtete Fälle eingehend besprochen. Allen war ein sehr langsamer Krankheitsverlauf gemeinsam. Ein Fall zeigte besonderes Interesse dadurch, dafs Herzsymptome zu Lebzeiten überhaupt nicht vorhanden waren, eine leichte Arteriosklerose war das einzige, was klinisch nachgewiesen werden konnte. Bei der Sektion wurde eine ungewöhnlich grofse Menge Gummiknoten in verschiedenen Teilen des Herzens gefunden. In sämtlichen vier Fällen wurde die Diagnose durch die Sektion mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung der Tumoren sowohl wie der Gefäfse erhärtet. In sieben beigegebenen Tafeln werden in wohlgelungenen Abbildungen die pathologischen Veränderungen übersichtlich illustriert.

In dem auf die Kasuistik folgenden Kapitel wird die pathologische Anatomie der gummösen Myocarditis eingehend nach der makroskopischen und mikroskopischen Seite hin besprochen. Hieran schliefst sich das Kapitel über die Differentialdiagnose (es kommen hier Aktinomykose, eingedickte Abscesse, Infarkte, Sarkome und Tuberkel in Frage; die Unterscheidung der Gummata von letzteren ist am schwierigsten). Was die Ätiologie anlangt, so setzt das Auftreten von Gummigeschwülsten jedesmal das Vorhandensein einer konstitutionellen Syphilis voraus, wenngleich, wie Verfasser bemerkt, in der Anamnese oft keine Angaben über stattgefundene Infektion vorhanden sind. In dem Abschnitt über die Frequenz stellt Verfasser fest, dafs das Gumma des Herzfleisches sowohl an und für sich wie im Verhältnis zu anderen Formen von

Digitized by Google

Visceralsyphilis eine seltene Erscheinung ist. Die klinischen Symptome, die im folgenden behandelt werden, sind mannigfaltigster Natur und bieten nichts Charakteristisches, wodurch sie von anderen Herzkrankheiten zu unterscheiden wären; hieraus geht hervor, dafs die Diagnose auf Herzgummi aus den Herzsymptomen allein nicht gestellt werden kann, es müssen anamnestische Daten, der Erfolg einer spezifischen Behandlung usw. mit in Betracht gezogen werden. In bezug auf die Prognose ist St. der Ansicht, dafs eine frühzeitig eingeleitete Behandlung sicher frische Gummata zur Resorption zu bringen vermag; sind aber sekundäre Erscheinungen von ausgebreiteter Myo-, Endo- oder Pericarditis eingetreten, ist die Genesung unsicher, obwohl bedeutende Besserung noch möglich. Bei der Therapie ist zu beachten, dafs eine zu rasch bewirkte Resorption der Gummen ernste Störungen der Herztätigkeit verursachen kann. Jodkalium ist nicht rätlich wegen des schädlichen Einflusses, den das Kalium auf das Herz ausübt, es ist daher Jodnatrium oder Jodtinktur zu verordnen.

Am Schlusse werden noch in einer Tabelle die einwandsfreien Fälle aus der Literatur und die vom Verfasser selbst beobachteten in übersichtlicher Weise zusammengestellt.

Verfasser hat in der vorliegenden Arbeit, in der mit grofsem Fleifse die in der Literatur verstreuten Fälle gesammelt sind, einen wertvollen Beitrag zum Studium der Herzsyphilis geliefert; ein nicht zu kleiner Kreis von Lesern wäre bei der Wichtigkeit des Gegenstandes daher wünschenswert. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Die Rotlichtbehandlung bei Variola, eine Entgegnung, von † N. R. Finsen-Kopenhagen. (*Lancet.* 5. Nov. 1904.) In dieser kurzen Mitteilung, die F., wie seine Assistenten Forchammer und Busek bei der Veröffentlichung bemerken, wenige Wochen vor seinem Tode noch schrieb, verwahrt er sich gegen die abfällige Kritik, welche Ricketts und Byles an der Methode übten. Er betont, dafs die Lichtbehandlung vor dem vierten bis fünften Krankheitstage beginnen müsse, um wirksam zu sein; diese Bedingung sei von R. und B. nicht beachtet worden, da von ihren Patienten einer am vierten, sieben am fünften, drei am sechsten und zwei gar am siebenten Tage mit der Behandlung anfingen. Nach F.s Vorschrift, wie er sie schon 1895 veröffentlichte, mufs aber dieselbe schon während der Entwicklung des Exanthems beginnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Weitere Bemerkung über die Rotlichtbehandlung bei Pocken, von T. F. Ricketts und J. B. Byles-London. (*Lancet.* 26. Nov. 1904.) Auf die Kritik Finsens entgegnen Verfasser, dafs ihre Zeitrechnung von diesem nicht richtig verstanden worden sei. Keiner ihrer 13 Fälle sei später als am sechsten Krankheitstage in die rote Kammer übergeführt worden; bei neun Patienten sei die Behandlung binnen 72 Stunden nach dem Krankheitsanfang begonnen worden, und bei zwei oder vielleicht drei binnen 48 Stunden. Sie machen darauf aufmerksam, dafs der Zeitpunkt des Auftretens des Exanthems um einige Tage variieren kann, vom Beginn der Erkrankung an gerechnet. Dagegen ist die Zwischenzeit vom Beginn des Exanthems bis zum Einsetzen der Pustelbildung ziemlich konstant. Verfasser sind von der Richtigkeit ihrer Deduktionen nach wie vor überzeugt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Notizen über die Rotlichtbehandlung bei Pocken, von J. T. C. Nash-Southend-on-Sea. (*Lancet*. 26. Nov. 1904.) Verfasser hat 18 Fälle nach dieser Methode behandelt, von denen er drei etwas näher beschreibt. Seiner Meinung nach hat das Verfahren einen entschieden günstigen Einflufs auf die Krankheit, obwohl er aus einer so kleinen Anzahl von Fällen keine allgemeinen Schlüsse ziehen will.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht an den Minister des Innern über die im Jahre 1903 von Lehrern und Lehrerinnen durchgeführten Impfungen, von Hervieux. (*Bull. de l'Acad.* 1904.) In einer gröfseren Reihe von Fällen haben Lehrer und Lehrerinnen, zum Teil, um die von der Akademie für solches Wirken ausgesetzten Belohnungen zu erhalten, eine erspriefsliche Tätigkeit entfaltet und viele Kinder und auch Erwachsene den Impfärzten zugeführt. Namentlich wird ein derartiges Wirken in Algerien lobend hervorgehoben,

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bekämpfung der Impfgegnerschaft, von Berger-Hannover. (*Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen.* 3. Folge. XXVIII. 2.) Um die Behauptungen der Impfgegner zu widerlegen, ist es in erster Linie notwendig, dieselben genau zu prüfen und namentlich alle Fälle von vermeintlichen oder wirklichen Schädigungen infolge des Impfens eingehend zu untersuchen. Hierbei können die Hausärzte und die eine allgemeine Praxis betreibenden Ärzte besonders mit Erfolg tätig sein. Sie sollten es auch für ihre Pflicht erachten, jeden derartigen Fall sofort dem Impfarzt anzuzeigen, damit dieser auf diese Weise das nötige Beobachtungsmaterial erhalte. Sehr zu empfehlen ist es, die Vorschriften für die Nachbehandlung der Impflinge, welche gedruckt den Angehörigen mitgegeben werden (aber von diesen nicht gelesen zu werden pflegen), im Termin mündlich vorzutragen und eventuell kurz zu erläutern. Auch wäre darauf zu dringen, dafs die Impflinge stets von gut informierten Angehörigen, in erster Linie natürlich der Mutter, zum Termin gebracht werden, damit der Impfarzt über etwa vorhergegangene Erkrankungen und pathologische Dispositionen genügend unterrichtet werde. Sehr nützlich dürfte es auch sein, in den Seminaren die angehenden Lehrer über die Impffrage durch gelegentliche Vorträge möglichst aufzuklären, da unter diesem Stande sehr häufig Impfgegner gefunden werden.

Sollten sich bei eingehenderer Untersuchung wirkliche Impfschäden herausstellen, so wären die Ärzte die ersten, welche für eine Änderung betreffs der Impfung eintreten würden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Vaccine und Impfung, von G. Dock-Ann Arbor. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.* Vol XV. Nr. 157.) Aus dieser Publikation entnehmen wir als Quintessenz, dafs zwischen Impfung und Impfung ein erheblicher Unterschied besteht. D. führt lebhaft Klage darüber, dafs in Amerika, d. h. die Vereinigten Staaten von Nordamerika, die Lymphe ein Handelsartikel sei, bei dessen Herstellung in erster Linie der gute Absatz vom Produzenten berücksichtigt wird. Infolgedessen wird weniger Gewicht auf Wirksamkeit der Lymphe als auf Vermeidung irgendwelcher Beimischung von entzündungserregenden Keimen gelegt, und es wird ein zwar fast steriles, aber auch höchstens nur ganz schwach immunisierendes Präparat geliefert. Eine Besserung ist ohne energisches Eingreifen der gesetzgebenden Körperschaften nicht zu erwarten. Im übrigen enthält der Aufsatz einige interessante geschichtliche Momente auf dem Gebiete der Schutzpockenimpfung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Gibt es ein Delirium vaccinale? von H. P. E. Hebras. (*Thèse de Bordeaux.* 1903. Nr. 41.) Verfasser bejaht die Titelfrage und stellt das Impfdelirium in Parallele mit analogen Erscheinungen bei Infektionskrankheiten. Die Prognose ist günstig.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von accidentieller Vaccination mit Vortäuschung von Anthrax, von SHEEN - Cardiff. (*Lancet.* 16. Nov. 1904.) Die Affektion war bei der 30jährigen Patientin, wie gewöhnlich, durch Kratzen seitens des kürzlich geimpften Kindes entstanden und heilte unter Borwasserumschlägen im Laufe von acht Tagen ab. S. erwähnt einen zweiten Fall, bei welchem wegen Verdachtes auf Anthraxinfektion die aufsergewöhnlich grofse, an der Wange lokalisierte Impfpustel exzidiert wurde.

Philippi - Bad Salzschlirf.

Der Einflufs der Schutzpockenimpfung auf Schwangere, Wöchnerinnen, Neugeborene und Kranke, von A. VON RANDOW. (Inaug.-Diss. Greifswald 1904.) Im Jahre 1902 wurde in den Krankenhäusern der Universität zu Greifswald wegen vorhandener Pockenfälle eine allgemeine Impfung angeordnet. Verfasser berichtet über die dabei beobachteten Erscheinungen in der Frauenklinik, der chirurgischen, inneren und der psychiatrischen Klinik. In der Frauenklinik wurden zwölf Wöchnerinnen mit meist positivem Erfolg und ohne irgendwelchen Nachteil geimpft. Von den neugeborenen Kindern wurden sechs mehr oder weniger bald nach der Geburt geimpft. Von diesen starb eins 24 Stunden nach der Impfung, aber offenbar von dieser unbeeinflufst. In der Irrenklinik wurden 58 Patienten und im übrigen 207 Kranke geimpft. Aus der kritischen Sichtung dieses Materials kommt v. R. zu dem Resultat, dafs bei keinen chirurgischen Krankheiten, Verletzungen, Syphilis, chronischen Hautleiden oder Tuberkulose die Impfung irgendwelche nachteilige Folgen gezeitigt habe. Der allgemeine Krankheitsverlauf und die Wundheilung wurden in keiner Weise durch die Impfung, welche teils am Tage der Operation, teils nachher, teils kurz vorher vorgenommen wurde, beeinflufst. Auch bei Infektions- und Konstitutionskrankheiten ist ein Einflufs der Impfung nicht zu konstatieren gewesen. Ebensowenig war bei den Geisteskranken irgendein Nachteil der Impfung wahrzunehmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Impfung unter rotem Licht, von WILHELM KNÖPFELMACHER und MORITZ SCHEIN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 40.) GOLDMANN hatte in der Dunkelkammer — bei rotem Lichte — geimpft, mit rotem Verbande die Impfstellen bedeckt und bei rotem Lichte wieder kontrolliert und — dabei keinerlei entzündliche Reaktion auf dem geimpften Arme bemerkt, während der geimpfte Kontrollarm starke entzündliche Reaktion gezeigt hatte. Dies spezifische Resultat konnten K. und SCH. trotz der analogen Anordnung ihrer Versuche nicht wahrnehmen.

Es hat sich gezeigt, dafs ein gut angelegter Verband auf die Entwicklung der Impfpusteln einen Einflufs ausübt, in dem Sinne, dafs die Einschmelzung der Impfpusteln anscheinend etwas langsamer erfolgt, und ganz besonders in dem Sinne, dafs die Eintrocknung viel später beginnt.

Ein Unterschied aber zwischen den bei Rotlicht gesetzten und gehaltenen und bei Tageslicht gesetzten und einfach verbundenen Impfpusteln war nicht zu erkennen.

„Wieso GOLDMANN zu ganz anderen Resultaten gekommen, ist nicht leicht zu erklären. Vielleicht hat G. zufälligerweise Lymphe angewendet, welche geringe Reaktion hervorruft. Nebenbei bemerkt, sind unsere Versuche ebenso wie die G.s mit Lymphe aus Dr. BAUERS Anstalt ausgeführt. Nach vorliegender Mitteilung hat G. die bei Rotlicht gehaltenen Impfpusteln auch bei Rotlicht untersucht, und es scheint von Einflufs gewesen zu sein. Nur bei dem schwachen roten Lichte dürften die Impfpusteln „wie Warzen" ausgesehen haben, bei Tageslicht dagegen sieht man sie vollentwickelt."

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Die Ausführung des Impfens, von KELSCH-Paris. (*Rev. d'Hygiène.* XXVI. 25.) Durch Gesetz vom 15. Februar 1902 ist die Impfung sowie die Wiederimpfung in Frankreich obligatorisch geworden. In der vorliegenden Arbeit bespricht K. ausführlich

alle die mit der Lymphgewinnung und mit der Ausführung des Impfaktes zusammenhängenden Einzelheiten, welche im allgemeinen mit den in Deutschland geltenden Vorschriften übereinstimmen. Die Impfung soll ausschliefslich mit Tierlymphe ausgeführt werden, doch ist es gestattet, direkt vom Kalbe auf den Menschen überzuimpfen, womit sich ein höherer Prozentsatz der positiven Resultate erzielen lassen soll. Bei der Beschreibung der Lymphgewinnungsanstalten fällt auf, dafs kein aparter Stall für die zu impfenden Kälber vorgesehen ist, in welchem sie einige Tage lang, vor Berührung mit den geimpften Tieren gesichert, auf ihren Gesundheitszustand beobachtet werden können. Besondere Sorgfalt wird beim Versand der Lymphe in den tropischen Gegenden (Algerien) verwendet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Vaccine und Vaccinebereitung, von G. Dornseiffen-Amsterdam. (*Weekblad.* 1904. Nr. 25.) Um vergleichende Studien anzustellen, hat D. die Lymphanstalten zu Hamburg, Berlin, Dresden, Wien, München, Bern und Paris besucht. Aus seiner Beschreibung mögen folgende Einzelheiten herausgegriffen werden: In Hamburg und München sind ebenso wie in Holland die Lymphgewinnungsanstalten zugleich Impfanstalten. In Wien hält der Leiter der Anstalt unentgeltliche Impftermine ab, doch ist in Österreich die Impfung nicht obligatorisch. In Bern ist die Lymphgewinnungsanstalt Eigentum einer kaufmännischen Gesellschaft, welche im selben Institut die Herstellung verschiedener Antitoxine, Pestserum u. a. betreibt. In Paris hat man seit 40 Jahren direkt vom Kalb auf Menschen übergeimpft; trotzdem dort jährlich 3—500 Kälber so verwendet werden, hat man keine Fälle von Impftuberkulose beobachtet. Vielleicht ist die dort verwendete Rinderrasse (Limousin) wenig empfänglich für Tuberkulose. Ein bakteriologisches Laboratorium als Bestandteil der Lymphanstalt fand sich nur in Hamburg und in Bern. In München war eine besondere Wasch- resp. Badeeinrichtung für die Kälber vorgesehen. Das Alter der verwendeten Tiere betrug in München 4—6 Wochen; die Tiere wurden mit einer Saugflasche genährt. In Dresden waren die Kälber acht Wochen alt, in Wien 1—2 Jahre, in Bern ausgewachsen. In Holland verwendet man meist solche von etwa sechs Monaten. Zur Reinigung verwendet man in Wien eine 3%ige Lysollösung neben dem sonstigen Waschen. Auch bedeckt man dort ebenso wie in Dresden die Skarifikationen mit einem Klebstoff, Tegmin (vide früheres Referat), und Watte zwecks Erzielung möglichst keimfreier Lymphe. In Dresden entnimmt man vielfach die Lymphe erst, nachdem das Tier getötet ist. Allgemein wird die Lymphe mit (80%) Glycerin vermischt im Verhältnis von 1:2 bis 1:4. In Hamburg wird sie durch Impfung auf Kaninchen auf ihre Wirksamkeit provisorisch geprüft. Carini - Bern fand bei der Untersuchung von 42 Proben von Lymphe von tuberkulösen Kühen niemals Tuberkelbazillen im Präparate.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kuhpockenlymphe und Tetanus, von A. Carini-Bern. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXVII. Heft 1.) Da namentlich in den Vereinigten Staaten von Nordamerika in den letzten Jahren mehrere Fälle von Tetanus nach Impfung aufgetreten waren, stellte Verfasser nach dieser Richtung eingehende Versuche an. Bei 400 Einzelversuchen mit 50 verschiedenen sowohl Berner wie auswärtigen Lymphproben, konnten fünfmal Tetanusbazillen in der Lymphe nachgewiesen werden. Hieraus geht hervor, dafs Tetanusbazillen zur Bakterienflora der Lymphe zu rechnen sind, dafs sie aber nur selten und in ganz geringer Anzahl vorkommen. Die Tetanusbazillen setzen der Einwirkung des Glycerins einen gröfseren Widerstand entgegen als die anderen Bakterien der Lymphe, dementsprechend werden sie auch in einer mehrere Monate alten Lymphe gefunden, in welcher die übrigen Mikroorganismen schon zugrunde gegangen waren. Die Anwesenheit einer so geringen Anzahl von Tetanussporen in der Vaccine bildet wohl keine erhebliche Gefahr. So haben auch einige der betreffenden Lymph-

Digitized by Google

arten, in denen Verfasser Tetanusbazillen nachweisen konnte, zu Tausenden von Impfungen gedient, ohne dafs sich daran irgendwelche Komplikationen angeschlossen hätten. Aber es bleibt zu bedenken, dafs infolge nicht genügender Reinlichkeit oder aus anderen Gründen in einer Lymphe die Menge von Tetanuskeimen gröfser sein kann, als sich dies feststellen liefs. Die Anwendung einer derartigen Lymphe kann natürlich gefährlich werden. Es ist daher ratsam, die Impfungen mittels oberflächlicher Skarifikation vorzunehmen und nicht mit Stichen, da durch letztere den in der Vaccine eventuell enthaltenen Tetanuskeimen die zu ihrer Entwicklung günstigen Bedingungen der Anaërobiose geschaffen werden können. Aus demselben Grunde darf ein die Luft abschliefsender Verband nicht angelegt werden.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Kuhpockenlymphe und Tuberkulose, von A. Carini - Bern. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Band XXXVII. Heft 2.) Die Untersuchung der Lymphe von 42 Tieren (Stieren und Kühen), welche sämtlich bei der Sektion als tuberkulös befunden wurden, auf Tuberkelbazillen ergab in allen Fällen ein negatives Resultat. Die Versuche wurden durch Überimpfung auf Meerschweinchen, die gegen Tuberkulose bekanntlich sehr empfindlich sind, vorgenommen. Es ist also hieraus zu schliefsen, dafs die Lymphe, die von Tieren mit einer Organtuberkulose stammt, keine Tuberkelbazillen enthält. Bei der sog. Impftuberkulose mufs es sich also um eine sekundäre tuberkulöse Infektion der Impfwunde handeln.

Trotz dieser Ergebnisse rät Verfasser doch den Impfinstituten, nicht von der üblichen Regel abzugehen, Lymphe von schwindsüchtigen Tieren zu vernichten.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Weitere Mitteilung über einige ergänzende Momente betreffs der mit Chloroform behandelten Kälberlymphe, von A. B. Green London. (*Lancet.* 28. Mai 1901.) Bei einer früheren Gelegenheit, etwa vor Jahresfrist, hat Verfasser empfohlen, durch die Lymphe einen Strom von Chloroform hindurch zu leiten, um etwaige Beimischungen von Bakterien zu beseitigen. Seine weiteren hier mitgeteilten Beobachtungen ergaben, dafs es auf diese Weise in der Tat gelingt, die nicht Sporen bildenden Mikroorganismen im Laufe von ein bis acht Stunden abzutöten, ohne die Wirksamkeit der Lymphe irgendwie zu beeinträchtigen; es ergaben im Gegenteil die Impfungen mit der so präparierten Lymphe vierzehn Tage bis acht Wochen später vorzügliche Resultate. Einen deutlichen Einflufs übte allerdings die Temperatur aus, indem Erwärmen auf 30° C. und darüber die Wirksamkeit der Lymphe um ein Gewisses herabsetzte, während die Vernichtung der Bakterien dann am vollkommensten war. Am geeignetsten erwies sich eine Temperatur von 18—23°. Auch absichtlich beigemischte Bakterien von verschiedenen Arten wurden durch das Chloroformieren erfolgreich beeinflufst. Auf die Haltbarkeit der Lymphe scheint das Verfahren wenig Einflufs zu haben, jedenfalls aber keinen nachteiligen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Bericht über Lepra in Neu-Südwales im Jahre 1901, von A. Thompson-Sydney. (Akten der Verwaltung 1903.) Seit 1883 besteht in Little Bay bei Sydney ein Lepraasyl, und seit 1890 ist die gesetzliche Anzeigepflicht in bezug auf alle lepraverdächtigen Fälle eingeführt. Seit Bestehen der Anstalt sind dort 78 Patienten aufgenommen worden, von denen der Nationalität nach die meisten Chinesen waren. Gestorben sind von den aufgenommenen 40 und entlassen 23. Im Jahre 1901 wurden

zehn Fälle angemeldet, von denen neun zur Aufnahme gelangten. Die Krankengeschichten dieser Patienten sind in ihren Hauptpunkten wiedergegeben, enthalten aber nichts besonders Wichtiges. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Abnahme der Lepra in Norwegen, von G. Armauer Hansen. (*Lepra.* 1904 Vol. 4, Fasc. 4 u. *Scott. Journ.* Jan. 1905.) Entgegen der Behauptung Hutchinsons, daſs die Lepra durch verdorbene Fischnahrung entstünde und in Norwegen nur deshalb abgenommen habe, weil die Norweger gelernt hätten, ihre Fischspeisen besser zu bereiten wie früher, sucht Hansen an der Hand von Tabellen darzutun, daſs die Abnahme lediglich auf die Isolierung der Leprösen zurückzuführen ist. In Landdistrikten, wo nach eigener Anschauung des Verfassers der Bauer seinen Fisch noch gerade so schlecht wie früher genieſst, ist eine deutliche Abnahme der Lepra zu konstatieren. Seitdem die Isolierung eingeführt ist, nimmt die Lepra in Norwegen stetig ab, so daſs die Zahl der Leprösen jetzt so klein geworden ist, daſs zwei Isolierungsanstalten als solche aufgehoben und in Phthisikersanatorien umgewandelt werden konnten. In den Leproserien verrichten die Patienten verschiedene Arbeiten, wofür sie bezahlt werden.

Für den Transport der Kranken sind keine besonderen Maſsregeln getroffen, schlimme Folgen davon wurden nie beobachtet. Es bedarf wahrscheinlich ganz besonderer Umstände, um die Krankheit zu akquirieren, Umstände, die wir leider bisher gar nicht kennen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Der Ursprung der Lepra im Staate St Louis, ein vorläufiger Bericht von Isadore Dyer - New Orleans. (*Med. Library et Historic. Journ.* Jan. 1904.) In dieser kurzen Auseinandersetzung hält es D. für wahrscheinlich, daſs die Lepra in die Südstaaten der Vereinigten Staaten von Europa oder auch aus Westindien eingeschleppt worden, und daſs sie keineswegs eine schon unter den Eingeborenen oder aus den Nachbarstaaten Eingewanderten endemische Krankheit gewesen ist; die historischen Dokumente, die Verfasser wenigstens bis jetzt studieren konnte, berichten nämlich erst aus dem Jahre 1776 über die zuerst in St. Louis vorgekommenen Fälle, während in Europa und speziell in Frankreich die Lepra noch im 16. Jahrhundert weit verbreitet gewesen sein muſs. Nach dem Studium an verschiedenen „Familienfällen" dünkt ihm auch die Heredität bei Lepra als sehr zweifelhaft, vielmehr sprechen verschiedene Angaben für indirekt kontagiöse Übertragung. *Stern-München.*

Pater Damian, ein lepröser Heros, von Nicholas Senn-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 27. Aug. 1904.) In einem Reisebriefe setzt Verfasser dem Pater Damian ein Ehrendenkmal. Als junger Priester kam dieser Mann im Jahre 1873 nach Molokai und hat dort unter lauter Leprösen ein an Entbehrungen und Mühseligkeiten überreiches Dasein geführt. Unermüdlich stand er seinen kranken Gefährten mit Hilfe für Leib und Seele zur Seite, bis er, schlieſslich selbst leprös geworden, im Jahre 1889 dem Leiden erlag. *A. Loewald-Kolmar.*

Zwei Fälle von Lepra nervosa, klinischer Vortrag von Raymond (*Archives de Neurologie.* Aug. 1904.) Es handelt sich um Europäer, welche längere Zeit in von Lepra infizierten Gegenden verweilt hatten (Tonking und Neukaledonien). Beide zeigten in klinischer Beziehung groſse Analogien miteinander: Lähmungen in den Extremitäten, von der Peripherie nach den Wurzeln vorschreitend, Muskelatrophien, Fehlen der Sehnenreflexe, Sensibilitätsstörungen, trophische Störungen, erythematöse Eruptionen, besondere Veränderungen in den peripheren Nerven (Verminderung des Umfanges und der Konsistenz). Der Vortragende verbreitet sich dann über die Symptomatologie und Pathogenese der Lepra. Er ist von der bedeutenden Kontagiosität der Affektion überzeugt. In therapeutischer Beziehung soll das Collargol vortreffliche Dienste leisten. *C. Müller-Genf.*

Die Therapie der Lepra, von H. P. Lie-Bergen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Die Lepra ist, wie unzweifelhafte Naturheilungen makulo-anästhetischer Fälle beweisen, keine unheilbare Krankheit. Bei Knotig-Leprösen kommen Heilungen sehr selten vor. Dieser Unterschied ist vielleicht durch die Verschiedenheit der Reaktion der Gewebe gegenüber den eindringenden Bazillen zu erklären. Im leprösen Knoten ist sie im Verhältnis zu der grofsen Zahl der Bazillen sehr gering, umgekehrt ist sie in dem leprösen Fleck sehr beträchtlich. Weniger hervortretend ist der Unterschied im Nervensystem; erfolgt aber Naturheilung, so geht auch im Nervensystem eine stärkere Reaktion voraus. Bei der tuberösen Form tritt stärkere Reaktion erst sehr spät ein, meist zu spät, weil schon lebenswichtige Organe, besonders die Nieren, degeneriert sind.

Aufgabe der Therapie ist es, die Schutzstoffe, die der Organismus selbst besitzt, zu finden und sie in ihrem Kampfe gegen den Leprabacillus zu unterstützen, ohne dem angegriffenen Organismus Schaden zuzufügen. Als Mittel, die diesem Zweck nahezukommen scheinen, möchte Verfasser das Tuberkulin und das Jodkalium ansehen. Das Tuberkulin besitzt eine ziemlich konstante Wirkung auf die Lepra, wenn es in etwas gröfseren Dosen und etwas länger als bei der Tuberkulose angewendet wird. Die Auswahl der Fälle sowie die Höhe der Dosen verlangen besonders aufmerksame Berücksichtigung. Neue Eruptionen von Flecken und Knoten nach Anwendung des Tuberkulins sind nicht immer wirkliche „neue Eruptionen", sondern längst vorhanden gewesene, durch die starke Reaktion im Gewebe sichtbar gewordene Herde. — Das Jodkalium steht in seiner Wirkung dem Tuberkulin sehr nahe; da es sehr kräftig wirkt, mufs die Behandlung mit minimalen Dosen beginnen. Ähnliches gilt vielleicht vom Thiosinamin. Das Oleum gynocardii übt sicher einen gewissen Einflufs auf die Lepra aus, doch ist die Wirkung viel inkonstanter und unberechenbarer als die der vorgenannten Mittel; dazu kommt die bei längerem Gebrauche sich einstellende Schädigung der Verdauung. Eine Prüfung verdienen die von England empfohlenen Sublimatinjektionen sowie die Hetolbehandlung. Von den Röntgenstrahlen und der Lichtbehandlung nach Finsen ist eine mehr als lokale Wirkung kaum zu erwarten. Gänzlich enttäuscht hat das Serum Carrasquillas. Vielleicht gelingt es, die Lepra auf anthropoide Affen zu übertragen und auf diesem Wege dem Problem der Heilung des Leidens näher zu kommen. *A. Loewald-Kolmar.*

In einem Reisebriefe aus Honolulu berichtet Nicholas Senn-Chicago über die **Lepra auf den Hawaii-Inseln** und die Leprainsel Molokai. Senn regt in diesem Briefe die Errichtung eines staatlichen bakteriologischen Laboratoriums und einer Station für Lepraforschung auf Molokai an. Eine zweite Anregung betrifft die Errichtung von Lepraheimen auf der Insel. Die Leprösen der Hawaii-Inseln bewohnen nur einen kleinen Teil der Insel. Das schöne Eiland bietet aber noch genügend Raum, so dafs die verschiedenen Nationalitäten reichlich Platz finden könnten, um für ihre Angehörigen gesonderte Leprakolonien zu errichten. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 13. Aug. 1904.) *A. Loewald-Kolmar.*

Paraleprose, von G. Armauer-Hansen-Bergen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Auf Grund der Untersuchungen Glücks über paralepröse Erscheinungen (Vgl. Ref. *Monatsh.* Bd. 38, S. 24) hat Verfasser bei einer grofsen Zahl von Nachkommen Lepröser, insgesamt 147 Personen, die von Glück hervorgehobenen Punkte besonders beachtet und die Nervi auriculares magni und Ulnarnerven genau untersucht. Er fand die Nerven in allen Fällen normal. Verkrümmungen am Klein- oder Ringfinger fanden sich viermal, waren aber stets die Folgen von Verletzungen oder Panaritien. Verfasser hat aber bei den Nachkommen Lepröser keine Spur der Krankheit ihrer

Digitized by Google

Vorfahren nachweisen können und spricht seine Ansicht dahin aus, daſs die Lepra keine Degeneration der Nachkommen bewirkt, und daſs sie an den Organen keine Veränderungen hervorruft, die erblich übertragen werden. Den Begriff „Paraleprose" vermag Verfasser daher nicht anzuerkennen. *A. Loewald-Kolmar.*

b. *Tuberkulose.*

Beitrag zur Lehre von den Tuberkuliden, von Siegfried Gollis-Wien. (*Halbmonatsschr. f. Haut- u. Harnkrankh.* 1904. Nr. 16, 17, 18.) Die von Darier im Jahre 1896 unter dem Namen „Tuberkulide" zusammengefaſste, ziemlich umfangreiche Gruppe von Hauterkrankungen hat in ihrer Pathogenese noch keine befriedigende Grundlage gefunden; selbst die Koïnzidenz mit der Tuberkulose anderer Organe steht noch nicht allseitig auſser Zweifel. Selbst Darier konnte nach seinen eigenen Erfahrungen die Tatsachen nur so formulieren, daſs die Träger der Tuberkulide gewöhnlich tuberkulös, sehr häufig auf Tuberkulose verdächtig und ausnahmsweise anscheinend frei von Tuberkulose befunden wurden, ohne die Möglichkeit einer latenten Erkrankung bei letzteren ausschlieſsen zu können. G. schildert zum Schluſs ausführlicher einen Fall, bei welchem klinisch die Diagnose Folliclis Barthélemy oder Tuberkulid Darier auſser Zweifel stand; die genaue Untersuchung der Patientin ergab keinerlei Anhaltspunkte für einen floriden, skrophulo-tuberkulösen Prozeſs, die Lungen waren normal, nirgends waren Drüsenschwellungen, dagegen wurden zahlreiche Hornhautnarben nach abgelaufener Conjunctivitis ekzematosa festgestellt. Auch bei der Obduktion der später an Phosphorvergiftung verstorbenen Patientin fand sich auch nicht die Spur eines tuberkulösen Herdes. Die histologische Untersuchung einiger in viro exzidierten Knötchen ergab an mehreren Serienreihen einen ziemlich scharf abgegrenzten Infiltrationsherd in der Papillarschicht der Cutis, der sich um eine nekrotische Stelle (Homogenisierung der Zellen mit Verlust der Kernfärbung) angesammelt hatte. Sämtliche angrenzende Gefäſse waren stark dilatiert, mit Blut gefüllt und von meist einkernigen Leukocyten dicht eingescheidet. In einem ganz kleinen Knötchen mit kaum angedeuteter Zentralnekrose lieſsen sich zahlreiche Riesenzellen nachweisen. Tuberkulide waren in zwei vollständigen Serien nirgends nachzuweisen, wenn der negative Befund auch wie beim Lupus nur geringe Bedeutung hat. Der histologische Befund läſst nur den Schluſs mit einiger Sicherheit zu, mit Rücksicht auf die auſserordentlich markanten Gefäſsveränderungen, daſs der Prozeſs endogenen Ursprungs sei. *Putzler-Danzig.*

Über Erythema induratum (Bazin) von S. Doutrelepont-Bonn. (*Beiträge z. Klinik d. Tuberkulose.* Bd. III, Heft 1.) Verfasser gibt eine ausführliche Schilderung von drei Fällen dieser Art nebst Angaben über den mikroskopischen Befund an exzidierten Teilen. Letztere zeigten in vielfacher Beziehung Ähnlichkeit mit Tuberkelknötchen. Der Nachweis von Tuberkelbazillen gelang freilich bei allen drei bisher nicht, doch sind die Untersuchungen (Impfungen an Meerschweinchen) noch nicht abgeschlossen. In therapeutischer Beziehung waren in dem einen Fall Atoxylinjektionen, in dem anderen Röntgenbestrahlung von besserndem Einflusse. Wegen der Details muſs auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zum Studium des Lichen scrophulosorum, von Capobianco (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1904. Nr. 18.) Die tuberkulöse Natur der Affektion geht hinreichend aus dem klinischen, histologischen und experimentellen Befunde hervor, obwohl es dem Verfasser niemals geglückt ist, auch nur einen Tuberkelbacillus in seinen Präparaten nachzuweisen. Die Bezeichnung „Lichen scrophulosorum" ist vollständig aus der Nomenklatur zu streichen, da die Affektion mit dem Lichen nicht die entfernteste Verwandtschaft hat. Als passendste Bezeichnung schlägt er vor:

Tuberculosis lichenoidea follicularis. Bei bereits bestehender Hauteruption läfst sich die Visceraltuberkulose oft noch nicht nachweisen; die Möglichkeit eines Bestehens derselben darf aber nicht aufser acht gelassen werden, besonders vom Militärarzte; ein bisher vollständig verborgen gebliebener Lungenherd z. B. kann nämlich unter den veränderten Lebensverhältnissen während des Militärdienstes leicht zum Ausbruch kommen und rasch bedeutende Ausdehnung annehmen. In zweifelhaften Fällen sind Tuberkulininjektionen zu machen. *C. Müller-Genf.*

Impftuberkulose bei Morphinismus, von Oskar Bruhns-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 37) Br. fand in der Literatur vier Fälle von Hauttuberkulose im Anschlufs an Injektionen mit der Morphiumspritze veröffentlicht; er berichtet kurz über diese vier Fälle und teilt dann die Krankengeschichte eines 28jährigen Phthisikers mit, der sich selbst zahlreiche Morphiumeinspritzungen mit dem Erfolge machte, dafs sich an den Injektionsstellen tuberkulöse Hautgeschwüre und Scrophulodermata entwickelten. Der Mann, dessen Sputum massenhaft Tuberkelbazillen enthielt, pflegte die Stelle, an der er einspritzen wollte, zuerst mit Speichel zu befeuchten und durch die Kanüle vor dem Einstechen Luft durchzublasen. Um zu entscheiden, ob die tuberkulösen Veränderungen der Haut, wie es den Anschein hatte, durch Infektion mit der Nadel erzeugt waren oder etwa durch endogene Infektion zustande kamen, wurden bei dem Kranken an symmetrischen Stellen des Körpers Injektionen zum Teil nach seiner gewohnten Methode, zum Teil unter aseptischen Kautelen ausgeführt. Die letzteren verursachten keinerlei Reaktion, an den Stellen der ersteren dagegen entwickelten sich Knötchen, die sich genau wie die früher beobachteten zu eitrigen Geschwüren umwandelten. Es handelte sich demnach um eine Hauttuberkulose, hervorgerufen durch Autoinokulation mit einer infizierten Morphiumspritze. *Götz-München.*

Über einen Fall von papillomatöser Hauttuberkulose in der Analgegend, von Ramognini und Sacerdote. (*Rif. med.* 1904. Nr. 44.) Makroskopisch waren die beschriebenen Vegetationen in der Umgebung des Anus einfachen Kondylomen sehr ähnlich. Tuberkelbazillen wurden in denselben in grofser Menge nachgewiesen, während sonst in den anderen Formen der Hauttuberkulose der Nachweis von spezifischen Mikroorganismen gewöhnlich negativ ausfällt. Bei dem Patienten wurden aufserdem andere tuberkulöse Erscheinungen konstatiert. *C. Müller-Genf.*

Über Tuberkulose der Tränendrüse, von W. Fahrenholtz. (Inaug.-Dissert. Jena 1903.) Kasuistische Arbeit, ohne allgemeines Interesse. *Fritz Loeb-München.*

Der Lupus vulgaris in seinen Beziehungen zum Berufe des Patienten, von Sura. (*Giorn. della reg. Accad. di Med. di Torino.* Sitzung vom 1. Juli 1904.) Der Verfasser beschreibt vier Fälle von Lupus der Hände, welche sämtlich Frauen im Alter von über 30 Jahre betreffen, die ihre Affektion akquiriert, nachdem sie Kleider und Leibwäsche von tuberkulösen Patienten gewaschen hatten. Die infektiösen Keime waren offenbar in die Haut eingerieben worden, infolge der Manipulationen beim Waschen. Bei allen Patientinnen verlief die Affektion übrigens sehr gutartig, blieb vollständig lokal und heilte nach entsprechender Behandlung rasch. Alle vier Frauen waren gesund und stammten aus gesunden Familien. *C. Müller-Genf.*

Kasuistische Beiträge zum Lupus vulgaris, von Felix Haase. (Inaug.-Diss. Berlin 1904.) Bericht über 135 Fälle aus dem Königl. Universitätsinstitut für Lichttherapie in Berlin. Aus den Krankengeschichten lassen sich die folgenden Zahlenwerte ableiten; zum Vergleich fügt Verfasser die von Leloir in seiner Lupusmonographie gefundenen Prozentzahlen an: Von 135 Lupuskranken waren 89 = 65,8 % weiblichen, 46 = 34,2 % männlichen Geschlechts (Leloir: 64,4 % und 35,6 %). Begonnen hat die Erkrankung:

im	1.— 5.	Jahre	30 mal	= 22 %	(L.: 26 %)
„	6.—10.	„	35 „	= 26 %	(L.: 22 %)
„	11.—15.	„	16 „	= 12 %	(L.: 16,5 %)
„	15.—20.	„	17 „	= 12,5 %	(L.: 14 %)
„	21.—25.	„	10 „	= 7,5 %	(L.: 8,5 %)
„	26.—30.	„	6 „	= 4,5 %	(L.: 5 %)
„	30.—35.	„	5 „	= 4 %	(L.: 3 %)
„	36.—40.	„	7 „	= 5 %	
„	41.—55.	„	8 „	= 6 %	

Die Hauterkrankung bestand seit Eintritt in die Behandlung:

seit	1	Jahr	bei	10	Personen
„	2— 5	Jahren	„	28	„
„	5—10	„	„	24	„
„	10—15	„	„	24	„
„	15—20	„	„	15	„
„	20—30	„	„	6	„
„	30—40	„	„	10	„
„	40—50	„	„	5	„
„	50—55	„	„	2	„

Wenn aus diesen letztangeführten Zahlen hervorgeht, dafs der Lupus im Vergleich zu anderen Hauterkrankungen ungemein langwierig ist, so bestehen doch, wie die Krankengeschichten zeigen, erhebliche Unterschiede in den Effekten, die die Erkrankung in gleichen Zeiträumen bei verschiedenen Individuen erzielt; aufserordentlich langsam hat der Lupus sich ausgebreitet, z. B. in Fall 100 des Verfassers, wo bei 52jährigem Bestand nur die linke Wange erkrankt ist; in Fall 18, wo bei 38jährigem Bestand nur Wange und Nase befallen sind; in Fall 77, wo ein seit zehn Jahren bestehender Lupus nur Pfennigstückgröfse hat. Im Vergleich damit erscheint in anderen Fällen das Wachstum des Lupus schnell, z. B. in Fall 20, wo innerhalb von drei Jahren Nase, Wange, Oberlippe, Rücken, Oberschenkel und Mundschleimhaut erkrankt sind; in Fall 99, wo der Lupus in neun Jahren Nase, Wangen, Oberlippe, einen Ellenbogen, eine Schulter, das Gesäfs, die Oberschenkel und die Nasenschleimhaut befallen hat; in Fall 63, wo die Erkrankung nach sechsjährigem Bestehen schon auf beide oberen und eine untere Extremität, Rücken und Mundschleimhaut ausgedehnt ist.

Erbliche Belastung fand Verfasser in 50 % (L.: 59 %). Interessant ist die Tatsache (und vielleicht nicht ohne Bedeutung für die Ätiologie), dafs die Erkrankten in neun Fällen von 30 daraufhin befragten, d. h. in 30 %, ausdrücklich angaben, in der Zeit vor ihrer Erkrankung viel mit Kühen zu tun gehabt zu haben.

Im Institut für Lichtbehandlung in Berlin haben die Erfolge der Lichtbehandlung nach Finsen bei weitem die der bisherigen Therapie übertroffen. „Leider ist die Behandlung wegen der kostspieligen Anlagen nur in grofsen Instituten durchführbar. Im Interesse der zahlreichen Lupuskranken ist daher dringend zu wünschen, dafs solche Lichtinstitute in genügender Anzahl mit ausreichenden Mitteln errichtet werden."

Fritz Loeb-München.

Mutilierende Formen von Lupus, von A. Brassat. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1908.) Im Anschlufs an eine gröfsere Reihe von Krankengeschichten bespricht Verfasser dieselben und geht auf die aus früheren Beobachtungen hervorgegangenen Arbeiten und die Darstellungen der einschlägigen Lehrbücher näher ein. Die fleifsige Arbeit umfafst nicht weniger als 68 Seiten, so dafs hier nur einige Hauptsätze referiert werden können. In den Fällen des Verfassers trat der mutilierende Lupus an

den Extremitäten unter ganz denselben Formen auf, wie er auch bei dem nicht zu Mutilation führenden Lupus des Gesichtes und der Extremitäten gewöhnlich angetroffen wird. Es handelte sich durchweg um die exfoliierenden und ulcerierenden Formen, welche eine ausgesprochene Neigung zu serpiginösem Fortschreiten zeigten. Im allgemeinen zeigten sich die Streckseiten der Extremitäten stärker affiziert als die Beugeseiten. Eine Schwellung, hypertrophische und sklerotische Wucherung des cutanen und subcutanen Bindegewebes im Anschlufs an den lupösen Prozefs, konnte Verfasser nur zweimal konstatieren (von sechs Fällen), während sie Küttner und Möller als ein nie fehlendes Symptom des mutilierenden Lupus bezeichnen. Ganz regelmäfsig sah Verfasser dagegen den Lupus mutilans an den unteren Extremitäten mit hochgradigen elephantiastischen Verunstaltungen einhergehen, wie dies die Beobachtungen von Busch, Mangelsdorf, Hahn, Küttner usw. zeigen. Diese Erscheinung glaubt Verfasser dadurch erklären zu können, dafs die unteren Extremitäten an sich mehr zu Stauungen in der Blut- und Lymphzirkulation disponiert sind. Jene Form des mutilierenden Lupus, die von Busch als „epitheliomartiger“ Lupus beschrieben wurde, konnte Verfasser in seinen Fällen nicht beobachten.

Meistens findet man durch Tiefergreifen der lupösen Zerstörung und Übergreifen der Caries von der Knochenrinde auf das Knochenmark das Krankheitsbild dem einer gewöhnlichen Knochentuberkulose so sehr genähert, dafs eine Entscheidung über die Art des Zustandekommens der Knochenerkrankung in diesem vorgeschrittenen Stadien nicht mehr möglich ist.

Die schwersten und ausgebreitetsten Veränderungen pflegt der mutilierende Lupus an den Gelenken zu setzen; diese Gelenkveränderungen beherrschen in der Regel das ganze Krankheitsbild. Sie betreffen sowohl die Stellung und Beweglichkeit der Gelenke, wie auch die Artikulationsflächen selbst. Die gewöhnliche Dorsalluxationsstellung mit Flexion in beiden Fingergelenken konstatierte Verfasser öfters. Viel häufiger indessen wurde die Flexionskontraktur sowohl in den Grund- wie Zwischenfingergelenken angetroffen. Ob diese Kontrakturen im Anschlufs an Lupus auf den Narbenzug der Haut allein zurückzuführen sind, oder ob an ihrem Zustandekommen auch Sehnenerkrankungen und Retraktionen in mehr oder weniger hohem Grade beteiligt sind, läfst sich im einzelnen nur durch anatomische Untersuchungen entscheiden.

Neben den Kontrakturstellungen der Finger und unabhängig davon beobachtete Verfasser beim mutilierenden Lupus auch Stellungsanomalien und Narbenankylosen einzelner Fingerglieder, besonders der Endphalangen. Aufserdem konnte in der Mehrzahl der Fälle eine Dislokation einzelner Finger samt ihren Mittelhandknochen nach der Vola zu konstatiert werden. Ebenso vermag auch der Lupus in den Interkarpalgelenken, im Handgelenk selbst und sogar im Ellenbogengelenk zu den hochgradigsten Stellungsanomalien zu führen.

Ganz gewöhnlich werden beim mutilierenden Lupus Verunstaltungen der Nägel beobachtet, auch wenn das Nagelglied des Fingers selbst von der Affektion verschont geblieben ist. Klinisch ist der Lupus mutilans durch aufserordentlich chronischen Verlauf und grofse Hartnäckigkeit therapeutischen Mafsnahmen gegenüber ausgezeichnet.

Über die Häufigkeit des mutilierenden Lupus ist es schwer bestimmte Angaben zu machen, da die bezüglichen Statistiken nur die Prozentzahl der Fälle von Extremitätenlupus überhaupt angeben, ohne dabei die mutilierenden Formen speziell zu berücksichtigen. Auffallenderweise befällt der Extremitätenlupus, und ganz besonders seine mutilierende Form, das männliche Geschlecht häufiger wie das weibliche, während doch im allgemeinen das letztere eine erheblich gröfsere Disposition zur Lupuserkrankung zeigt. Die Schlufsbetrachtungen sind der Differentialdiagnose und der Therapie gewidmet. *Fritz Loeb-München.*

Über Lupuscarcinom, von B. Abraham. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1902.) Verfasser hat 50 Fälle von Lupuscarcinom aus der Literatur zusammengestellt und fügt die Beschreibung eines selbst beobachteten Falles, der einen 27jährigen Arbeiter betraf, hinzu. Er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlufs, dafs das Lupuscarcinom eine ganz eigenartige Stellung einnimmt und sich wesentlich vom gewöhnlichen Hautkrebs unterscheidet. Es tritt nicht nur in relativ jugendlichem Alter auf; auch sein rapides Wachstum, seine Malignität und nicht zuletzt das typische mikroskopische Bild heben es aus der Reihe der einfachen Epithelialkrebse hervor.

Fritz Loeb-München.

Lupus, Carcinom und X-Strahlen, von Norman Walker-London. (*Scottish Med. and Surg. Journ.* Juli 1904.) W. berichtet von vier Fällen, bei denen, dreimal wenigstens, auf dem Boden des bestrahlten Lupus ein Carcinom sich entwickelte, und nur in dem einen Falle von nachträglicher Carcinomentwicklung eine Bestrahlung vorher nicht stattgefunden hatte. Es ist eine Carcinomentwicklung nach X-Strahlen nicht so selten, aber sie hat glücklicherweise keine so bedenkliche Bedeutung, da unter dem weiteren Einflusse der X-Strahlen das Carcinom, ebenso wie es gekommen, auch wieder zurückzugehen pflegt. Im allgemeinen schlägt W. vor, kleine Lupuspartien zu exzidieren und die grofsen und flächenhaften zu bestrahlen; auch warnt er vor dem Kratzen und Abschaben der Lupusflächen, denn es scheint ihm, als ob gerade dies Verfahren für das Gedeihen bezw. Entwickeln des Carcinoms erst recht förderlich sei, indem beim Abschaben kleine Epithelreste der Haut leicht abfallen und auf der frischen Wundfläche sich implantieren. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Die Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt nebst histologischen Untersuchungen, von Dreuw-Hamburg-Altona. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.) Aus Dr. Unnas Dermatologicum. Dem praktischen Arzte empfiehlt Verfasser, da die Finsen- und Röntgenbehandlung meist zu teuer ist, die lupösen Stellen mit Chloräthyl zu vereisen und dann mit Acid. hydrochloric. crud. saturat. cum chloro gründlich einzureiben. Man macht das am besten, indem man mit Watte umwickelte Holzstäbchen in die Säure eintaucht und dann auf die schneeweifs vereisten Stellen reibt so lange, bis eine grauweifse Verfärbung der Knötchen auftritt. Auch in Narkose führte D. solche Ätzungen aus bei Lupus multiplex, Lupus der Nasenhöhle, Lippen oder Lupus hypertrophicus und verrucosus. Sofort nach der Ätzung werden die Stellen mit Euguform bestreut. Tritt Schmerz auf, so vereist man wieder, die umgebende Haut ist zu schonen. Ein bis zwei Tage nach der Ätzung bildet sich ein graubrauner Schorf, der bald abfällt. Eventuell wird noch ein- bis dreimal alle drei bis vier Wochen die Ätzung wiederholt; so erhält man nach drei bis sechs Monaten ein mit Epidermis bekleidetes Gewebe mit nur noch vereinzelten Knötchen, die man mit Punktätzung mittels spitzer Glasröhrchen entfernt. Im Anschlufs daran zeigt Dreuw verschiedene gute Abbildungen von Patienten vor und nach seiner Behandlung. Die Fälle zeigen mit Berücksichtigung der histologischen Mitteilungen:

1. Dafs Acid hydrochloric. crud., namentlich wenn man es mit freiem Chlor sättigt, ein Heilmittel gegen Lupus ist,

2. dafs es in Kontakt gebracht mit lupösem oder tuberkulösem Gewebe imstande ist, momentan eine solche Emigration von weifsen Blutkörperchen in das tuberkulöse Gewebe hinein hervorzurufen, dafs es fast unmöglich ist, das Gewebe noch als tuberkulöses zu erkennen. Die Blutgefäfse der Umgebung sind maximal erweitert, und man sieht neben Vermehrung der weifsen Blutkörperchen im Innern der Gefäfse eine Diapedese der Gefäfse und eine Anhäufung von Leukocyten in der Umgebung der Gefäfse. Auch im Bindegewebe der Nachbarschaft bemerkt man Leukocyten, die meist länglich, zugespitzt oder geschlängelt erscheinen, ein Zeichen, dafs sie auf der

Wanderung begriffen waren, als die Exstirpation des Hautstückes erfolgte. Die Methode hat den Vorteil, dafs der Patient in seiner Arbeit wenig gestört wird und die Nachbehandlung selbst besorgen kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Behandlung der Hauttuberkulose, von Campana. (*Rif. med.* 1904. Nr. 40.) Der Verfasser betont die absolute Notwendigkeit nach chirurgischer Behandlung lupöser Herde, das Operationsfeld gegen äufsere Infektion sorgfältig zu schützen (antiseptische feuchte Kompressen, Jodoform-, Xeroform-, Sublimatgaze); die Rezidive sind nämlich in solchen Fällen nicht der Intensität der Hauttuberkulose, sondern sekundärer Sepsis zuzuschreiben. Das Tuberkulin begünstigt die Resorption der entzündlichen Infiltrate und vermindert die Neigung zur Ausbreitung der spezifischen Affektion, indem es seine leichte Immunisierung der benachbarten Regionen bedingt. Diese Tatsachen stehen in vollständigem Einklang mit den Erfolgen der Finsenschen und anderen derartigen Behandlungsmethoden. *C. Müller-Genf.*

Über die Einwirkung von Tuberkulin R auf Lupus, von Paul Dressler. (Inaug.-Dissert. Jena 1903.) Auf Grund der in der Literatur veröffentlichten Erfolge und auf Grund der Erfolge zweier unter der Leitung Stinzings mit Injektionen von Tuberkulin R behandelter Fälle spricht Verfasser die Ansicht aus, dafs das Tuberkulin R als ein wertvolles Mittel in der Behandlung des Lupus zu betrachten ist, und dafs es hier auch weiterhin die Stelle einnehmen wird, die es bisher inne gehabt hat, solange kein anderes Heilverfahren — den bis jetzt üblichen Behandlungsmethoden hängen mehr oder minder grofse Übelstände an, und sie liefern zum Teil recht fragwürdige Resultate — den Lupus in kurzer Zeit vollständig zur Ausheilung bringt; hauptsächlich ist die Behandlung mit Tuberkulin R bei grofser Ausdehnung der lupösen Herde besonders im Gesicht am Platze, da in solchen Fällen die Exzision ausgeschlossen ist. *Fritz Loeb-München.*

Behandelte Lupuspatienten aus Finsens medizinischem Lichtinstitut, von O. Forchhammer-Kopenhagen. (*Tuberculosis.* Vol. 3. Nr. 10.) An den hier wiedergegebenen Photographien von vier Lupuskranken vor und nach der Behandlung sieht man ganz unbestreitbar einen wunderbar günstigen Erfolg.

Philippi-Bad Salzschlirf.

In der Medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft in Jena (Sitzung am 7. Juni 1904) spricht Quenstadt **„über Lupusbehandlung"**, und zwar besonders über die Behandlung mit Finsens Methode und über die Behandlung mit fluoreszierenden Substanzen. Mit beiden Methoden wurden auf der Jenaer Klinik gute Resultate erzielt. Von fluoreszierenden Substanzen kamen Erythrosin und Eosin in 0,01—0,1 %ige Lösung in Anwendung; die Lupuspartien wurden täglich einmal mit der Lösung gepinselt und dann dem Sonnen- oder diffusen Tageslicht ausgesetzt. Bei Nacht trugen die Patienten einen Verband mit essigsaurer Tonerde oder reizlosen Salben. Über die Dauer der Heilungserfolge liegen noch keine Beobachtungen vor. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 98.) *A. Loewald-Kolmar.*

c. *Syphilis.*

Beiträge zur Geschichte der Syphilis, von J. K. Proksch-Wien. (Bonn 1904. P. Hanstein.) Zum Verständnis der ältesten Syphilographen überhaupt und besonders zur richtigen Beurteilung der von einigen erwähnten Epidemie zu Ende des 15. Jahrhunderts ist besonders die über die bisher sog. Syphilisendemien im 18. und 19. Jahrhundert erschienene Literatur von gröfster Wichtigkeit; eine gedrängte historische Darstellung hat schon August Hirsch gegeben, welche Verfasser vervollständigt. Er behandelt zuerst die Radesyge, von der man behauptet, sie sei 1709—1710 durch Seefahrer eingeschleppt worden, und die zuerst Ph. G. Hensler in die deutsche Literatur

brachte; man verstand darunter „alle Krankheiten der Haut, wann sie etwas langwierig sind, alle böse Geschwüre und Ausschläge“. Arbo bezeichnet sie als abweichend von der Lustseuche und Spedalskhed als ein skorbutisches Übel. Erst Karl Wilhelm Boeck in Christiania erklärt die Radesyge für einen Abkömmling der Syphilis, ebenso v. Sigmund. Durch Ferd. v. Hebra erhielten die Ursachen der Entstehung der Endemie die Erklärung: er sagt, daſs es weder in Norwegen eine Radesyge, noch in Holstein einen Morbus Dithmarsicus gibt, sondern es handelt sich dabei um serpiginösen Lupus und um sekundäre Syphilis.

Das Skerljevo hat seinen Namen von einem kleinen kroatischen Dorfe, wo sich die Krankheit zuerst oft gezeigt hat und zuerst 1788 bekannt war. Die meisten Autoren erkannten sogleich eine gewisse Übereinstimmung mit der Syphilis; schon Cambieri hielt sie für eine besondere Form der Lues, was auch Jenniker anerkennt, der die Symptome beschreibt, die mit Syphilis identisch sind. Die richtige Aufklärung gab dann v. Sigmund.

Das Spyrokolon wurde von Karl Wibmer in Griechenland entdeckt und bald als Syphilis erkannt, auch er schildert in klarer Weise die Symptome, über die Joannu 1892 berichtet. Diese Krankheit beherrschte 1835 endemisch verschiedene kleine Städte und Dörfer Griechenlands, z. B. waren in Lionidion von 600 Einwohnern 200 Personen befallen. Reinigend wirkt in diesen Fragen v. Sigmunds Erklärung, der alle die Sondernamen wie Male di Breno, Falcadina, Orchido, Spyrokolon, hessische, dithmarsische, jütländische, lithauische Seuche, Sibbens ausmerzt und zeigt, daſs es sich bei allen diesen Leiden um nichts anderes als um Syphilis handelt. Es ergibt sich aus allem, daſs die Syphilisendemien wohl in einer ziemlich umfangreichen Literatur, in Wirklichkeit aber niemals existiert haben. Für die Geschichte, aber noch mehr als Wegweiser für den Geschichtsschreiber, werden diese Endemien stets von höchster Wichtigkeit bleiben, denn sie sind noch viel mehr als der Schlüssel zum Verständnisse der Epidemie am Ende des 15. Jahrhunderts; sie sind ein Schlüssel zum Verständnis der gesamten einschlägigen Literatur. Da wir heute bestimmt wissen, daſs vor nicht mehr als 50 Jahren die Syphilisendemien noch dadurch bestanden haben, weil die Ärzte, Behörden und Laien die Syphilis mit allen erdenklichen Exanthemen und sogar mit Balggeschwülsten vermengt haben, so ist es doch ganz gewiſs unmöglich anzunehmen, diese Sachen seien vor 400 Jahren besser gewesen. So hat also auch die Syphilisepidemie 1500 nie existiert und ist eine irrige Annahme, was schon früher anerkannt wurde. Jedenfalls trat die Lustseuche aber früher anders auf als jetzt, es findet sich kein einziger Fall, der die Annahme eines im allgemeinen akuten perniziösen Verlaufes der Syphilis in jener Zeit rechtfertigen würde, wir sind sogar zu der Annahme berechtigt, daſs die ältesten Syphilisforscher sogar akute Haut- und Infektionskrankheiten, darunter namentlich die Variola, mit dem Morbus gallicus konfundiert haben mögen, können doch selbst Masern, Röteln, Scharlach von der Syphilis vorgetäuscht werden. Erst allmählich erkannte man die einzelnen Symptome der Lues und reihte sie stets als eine Neuerung in der Krankheit, nur nicht als eine Neuerung in der Erkenntnis in die Semiotik ein; doch Paracelsus erkannte 1528 schon im wesentlichen die Sache. Der letzte Abschnitt behandelt die Sage vom amerikanischen Ursprung der Syphilis, der besonders Hensler entgegentritt, ebenso wie August Hirsch sie als gänzlich unhaltbar betrachtet und die auch Verfasser für unrichtig hält, ebenso wie wohl jetzt die meisten Forscher, von denen manche aufgeführt werden. Am Schlusse bietet P. ein umfangreiches Verzeichnis der Literatur der Geschichte der Syphilis, welches künftigen Forschern sehr willkommen sein und ihnen das weitere Arbeiten in diesem höchst interessanten Zweige unserer Spezialdisziplin erleichtern wird.

Bernhard Schulze-Kiel.

Digitized by Google

Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte, von A. Blaschko-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 52.) In der Sitzung vom 14. Dezember 1904 der Berliner medizinischen Gesellschaft spricht B. über die Infektionsgefahr der Ärzte im Beruf durch Syphilis; er berichtet über zwölf Fälle, die er selbst im Laufe der Jahre sah, von denen zehn Berliner Ärzte betrafen. Die meisten Primäraffekte safsen an den Fingern und erregen zuerst leicht den Eindruck eines Panaritium, auch an Leichentuberkel und Ulcus molle oder Herpes denkt man anfangs leicht, bisweilen ist auch der Primäraffekt klein, wenig schmerzhaft und heilt schnell, und so wird die Lues erst spät entdeckt. Die Infektion geschieht durch Wunden, durch Stich der Injektionskanülen, bei Operationen, wenn der Arzt selbst eine kleine Wunde hat und Syphilitische untersucht (besonders bei Geburten). Einen absoluten Schutz gegen Infektionsgefahr der Ärzte gibt es natürlich nicht, doch soll der Arzt zuerst den Patienten prüfen und dann seine Finger genau auf etwaige Wunden untersuchen, und im Falle er solche hat, dieselben sorgfältig bedecken, auch soll man nicht nur eine präoperative Reinigung der Hände anwenden, sondern auch Gewicht auf die postoperative Reinigung derselben legen, insbesondere nach Operationen in infizierten Geweben. Auch der Gummihandschuh empfiehlt sich dem Operateur. B. empfiehlt, die Rhagaden der Finger mit 2—3%iger Argentumlösung zu touchieren, darüber kommt noch sorgfältiger Trocknung ein möglichst kleines Heftpflaster, das dann durch einen Kollodiumüberzug oder einen Kondomfinger geschützt wird. Ist trotzdem Infektionsstoff in die Haut gelangt, so verwendet man Jodtinktur auf die Wunde. Bei vorhandener Syphilis wird der Arzt sich natürlich sofort sachgemäfs behandeln, wobei B. sich als Anhänger der symptomatischen Behandlung zeigt. Dem Berufe darf der Arzt folgen, wenn keine Symptome vorhanden sind.

In der Diskussion berichtet Lesser über einschlägige Fälle seiner Praxis, er warnt vor Behandlung der scheinbar infizierten Kollegen, bevor die Diagnose sicher ist, dann aber natürlich energisch zu behandeln, und zwar nach seiner Ansicht chronisch intermittierend. Rosenthal spricht über die Differentialdiagnose des Primäraffekts am Finger, er steht auf demselben Standpunkt wie Blaschko, dafs extragenitale Sklerosen keineswegs schwerere Lues im Gefolge haben als genitale.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der extragenitale syphilitische Primäraffekt und das venerische Geschwür in ihrer klinischen und volkshygienischen Bedeutung, von Neumann-Wien. (*Das österreich. Sanitätswesen.* 1902. Nr. 3 u. 4.) In der Zeit vom Jahre 1880—1901 wurden an der Neumannschen Klinik in Wien 4634 Patienten mit syphilitischem Primäraffekt behandelt, bei 207 (100 Männern und 107 Weibern), d. i. 4,47% der Gesamtzahl, safs dieser extragenital. Die meisten extragenitalen Primäraffekte fanden sich an den Lippen, und zwar 65 an der Unterlippe und 41 an der Oberlippe und konnte die Ansteckung durch Kufs als die häufigste Infektionsart eruiert werden.

Die Diagnose einer extragenitalen Initialsklerose ist nicht immer leicht; die Abweichung von der typischen Form, die Veränderungen, welche durch äufsere Verhältnisse entstehen, lassen die oft folgeschweren Irrtümer und Verwechslungen erklärlich erscheinen; N. führt hiervon mehrere Fälle an. Die Gefahren, welche der extragenitale Primäraffekt birgt, namentlich der nicht erkannte, sind deshalb besonders grofse, weil nicht, wie bei dem genitalen blofs der geschlechtliche Verkehr, sondern auch der Verkehr der Eltern mit ihren Kindern, deren Pflegerinnen, der ganze gesellschaftliche Verkehr, bei den arbeitenden Klassen der physische Kontakt in den Werkstätten mit den Genossen als Infektionsfaktor in Betracht kommt.

Verfasser empfiehlt bei wissentlicher oder fahrlässiger Übertragung der Syphilis die bestehenden Gesetze gegen Vergehen gegen die Gesundheit ohne Rücksicht auf

Digitized by Google

Stand und Stellung in Anwendung zu bringen. In wirtschaftlich und kulturell zurückgebliebenen Gebieten wäre eine Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung anzustreben. — An praktischer Wichtigkeit weit hinter dem Primäraffekt rangiert das weiche Schankergeschwür. N. hat in zehn Jahren nur elf extragenitale Ulcera mollia an seiner Klinik beobachtet. Diese geringe Anzahl den Sklerosen gegenüber erklärt sich daraus, dafs das Virus des venerischen Geschwüres nur an die Geschwürsfläche gebunden, also nur eine Infektionsquelle vorhanden ist. Am häufigsten fand sich das extragenital gelegene Ulcus molle am Zeigefinger.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Zur Kasuistik der extragenitalen Syphilisinfektion, von F. Moses. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Seine Ergebnisse zusammenfassend, konstatiert Verfasser, dafs nicht nur die Zahl der publizierten Fälle eine enorm grofse ist, sondern dafs auch die Möglichkeiten, eine Sklerose extragenital zu erwerben, so viele sind, dafs diese Art der Infektion als eine Gefahr für die Gesellschaft zu betrachten und zu würdigen ist. Besonders im Hinblick darauf, dafs erfahrungsgemäfs eine extragenitale Infektion meist wieder zu neuer extragenitaler Übertragung Anlafs gibt. Es kommt dies dadurch, dafs in der Mehrzahl der Fälle die extragenital sitzenden Schanker als solche erst erkannt werden, wenn sie schon längere Zeit bestehen. Der Grund dafür ist grofsenteils der, dafs die damit behafteten wegen des scheinbar aufsergewöhnlichen Sitzes gar nicht an die Möglichkeit des Vorhandenseins einer solchen Krankheit denken. Sie kennen also nicht die Gefahr, die sie für die gesunde Umgebung bilden und tragen so meist aus Unkenntnis die Krankheit weiter. Es ist deshalb, nach der Meinung des Verfassers, vom sozial-hygienischen Standpunkt ratsam, in dieser Beziehung aufklärend auf die grofsen Massen zu wirken. *Fritz Loeb-München.*

Über Initialsklerosen der Augenlider, von Otto Kornacker. (Inaug.-Dissert. Berlin 1904.) Bericht über einschlägige Fälle aus der Literatur und sechs in der Berliner Klinik beobachtete. Auch die letzteren zeigen, dafs das männliche Geschlecht häufiger betroffen und an der Infektion das reifere Alter besonders beteiligt ist. Der Sitz der Erkrankung war in allen Fällen das Oberlid, und zwar viermal das rechte, in einem Fall das linke, in einem Fall das linke Ober- und Unterlid. Bei der Besprechung der Ätiologie macht Verfasser darauf aufmerksam, dafs in Rufsland die Ansteckung häufig durch die üble Sitte entsteht, sich die Augen bei Fremdkörpern in der Binde- und Hornhaut und bei gewissen Conjunctivitiden auslecken zu lassen.

Fritz Loeb-München.

Mehrere Fälle von chirurgischer Lues, von Wilh. Rosenberger. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Kasuistisch-statistische Arbeit ohne besonderes Interesse.

Fritz Loeb-München.

Vorläufige Mitteilung über Syphilisimpfung am Pferde, von Piorkowski-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 51.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 7. Dezember berichtet P. über seine Impfversuche an Pferden; er entnahm 80 Patienten aus den verschiedensten Epochen der Syphilis Blut aus Fingerbeere und Ohrläppchen, brachte es in flüssiges Medium und impfte es in verschiedenen Etappen einem Pferde direkt in die Jugularvene in Dosen von 5 bis 10 ccm. Diese Injektionen wurden gut vertragen, es folgte stets eine leichte Temperaturerhöhung, die bald zurückging. In der vierten Woche nach der ersten Injektion machten sich einige Effloreszenzen bemerkbar, in Form von linsengrofsen Papeln auf nicht entzündeter Haut, sie zeigten später Borken. Das Exanthem war dem bei Menschen ähnlich. Später schwollen auch die submaxillaren Drüsen indolent an. Nach vier bis acht Wochen wurde dem Pferde Blut entzogen zur Serumgewinnung. Dieses Serum wurde Versuchstieren eingespritzt und bewirkte keine Reaktion.

In der Diskussion bemerkt Schütz, er habe die Papeln mikroskopisch untersucht und beziehe die Erscheinungen entschieden auf die eingespritzte Syphilis, er hält die Auffassung P.s für richtig. Lassar hält auch den Weg der Pferdeimpfung für den richtigen. Blaschko: Das Tier zeigte reichlich 100 Papeln, derbe, knötchenartige Infiltrate, welche aufserordentliche Ähnlichkeit mit syphilitischen Papeln haben. In den Präparaten finden sich ziemlich grofse, zumeist aus Plasmazellen bestehende periarteriitische Infiltrate, wie man sie nur bei luetischen Papeln findet. Jedenfalls ist die Erscheinung auffällig. Kromayer: Die Papeln am Pferde liegen zum Teil in der Cutis selbst, das entspricht nicht denen bei syphilitischen Menschen. Auch histologisch entsprechen sie nicht den menschlichen, da hier das Bindegewebe aufgelockert und von Lücken durchsetzt ist, entgegen den menschlichen. Jedenfalls ist der Fall nicht beweisend. Aronson bemerkt, dafs nach seinen Erfahrungen solche Exantheme bei Pferden auch auftreten können nach Injektion aller möglichen Eiweifskörper, dafs dieses Exanthem durchaus nichts Charakteristisches hat und sicher mit der Syphilis gar nichts zu tun hat. C. Benda schliefst sich Kromayer an, ebenso v. Hansemann und Erich Hoffmann. Brieger erklärt, es können durch Einspritzung von Blut Infiltrate und Exantheme erzeugt werden, ohne dafs irgendeine spezifische Wirkung vorhanden ist, jedenfalls sind die Exantheme hier nicht spezifisch. Im Schlufswort wendet sich Piorkowski gegen Aronson und bemerkt, dafs er ja nur die Mitteilung bringen wollte, um die Kritik herauszufordern. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einen Befund von protozoenartigen Gebilden in den Organen eines hereditär-luetischen Fötus, von Jesionek- und Kiolemenoglou-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Die Verfasser haben in verschiedenen Organen eines a patre hereditär-luetischen, achtmonatlichen Fötus neben ausgesprochenen syphilitischen Gewebeveränderungen zellige, protozoenartige Gebilde gefunden, die sie als Gregarinen anzusprechen geneigt sind. Sie bringen diese Beobachtung zur Kenntnis, ohne weitergehende Schlüsse über einen kausalen Zusammenhang zwischen den gefundenen Protozoen und der hereditären Lues zu ziehen. Ganz von der Hand weisen sie allerdings die Annahme eines solchen Zusammenhangs nicht; wenn analoge oder ähnliche Befunde — abgesehen von den von Schüller beschriebenen „protozoenähnlichen Parasiten bei Syphilis" — niemals erhoben worden sind, so könnte das dadurch erklärt werden, dafs die Gebilde nur bei Fixierung der Organe in Sublimat deutlich sichtbar sind, durch die gewöhnliche Formol- und Alkoholfixierung aber nahezu unkenntlich werden. — Bei der Untersuchung von breiten Kondylomen, die in Sublimat fixiert waren, fanden die Verfasser intraepidermidal gelegene Gebilde, die zweifellos Ähnlichkeit mit einigen Entwicklungsstadien der von Schüller beschriebenen Syphilisparasiten aufwiesen; doch erscheinen diese Befunde nach keiner Seite hin beweiskräftig.

Bezüglich der näheren Beschreibung der bei dem Fötus gefundenen Gebilde mufs auf die Originalmitteilung verwiesen werden. *Götz-München.*

Syphilis d'emblée, von R. M. Cozanet. (*Thèse de Bordeaux.* 1903. Nr. 28.) Aufser den bekannten Fällen von Syphilis ohne Schanker (hereditäre und konstitutionelle Syphilis), gibt es zweifellos eine Anzahl von Fällen, in denen der Primäraffekt fehlt, sei es, das der Virus dabei eine gesunde Schleimhaut passiert, oder dafs er durch irgendeine Läsion einzudringen vermag. *Fritz Loeb-München.*

Über Syphilis maligna mit einem Beitrag zur Kasuistik derselben, von Weik - Stuttgart. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 44 und 45.) W. hat in den letzten zwei Jahren wiederholt Fälle von Syphilis beobachtet, die zur sogenannten Syphilis maligna gerechnet werden mufsten, da die lokalen Erscheinungen durchaus mit denen der gemeinhin als maligne Lues bezeichneten Form übereinstimmten; da-

gegen fehlte in all diesen Fällen der allgemeine Kräfteverfall, die Kachexie. Mehrfach konstatierte W. eine grofse Ähnlichkeit der Geschwüre mit Ulcus molle, so dafs er sogar an Mischinfektion mit Ulcus molle-Gift dachte; speziell darauf gerichtete bakteriologische Untersuchungen des Geschwürsekretes hatten zwar ein negatives Resultat, immerhin aber war das zeitliche Zusammentreffen einiger Fälle von maligner Lues mit einer Ulcus molle-Epidemie im Spitale auffallend. — Von der Behandlung mit Quecksilber sah W. ebensowenig Erfolg wie die meisten anderen Autoren, auch das oft gerühmte Zittmannsche Dekokt liefs völlig im Stich. Zuverlässiger in seiner Wirksamkeit war Jodkalium, wennschon auch dieses ab und zu versagte. Das Wichtigste ist jedenfalls die Hebung des Allgemeinzustandes und die sorgfältige lokale Behandlung der Geschwüre, und zwar bewährte sich ein Wechsel zwischen feuchten Verbänden mit antiseptisch-adstringierenden Flüssigkeiten und trocknen mit Jodoform und Zinksalbe weitaus am besten. — Die Ursache der Malignität der einzelnen Fälle sucht W. in einer mangelnden Immunisierung der erkrankten Individuen; als Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung führt er die Tatsache an, dafs die malignen Fälle besonders in solchen Gegenden und Familien vorkommen, die bisher immer oder wenigstens seit langer Zeit von Syphilis verschont geblieben sind.

Götz-München.

Differentielle Diagnose zwischen syphilitischer pseudomembranöser Angina und diphtheritischer Angina, von R. R. Campbell-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 19. Novbr. 1904.) Die pseudomembranöse Form der Angina ist bei Syphilis nicht selten. Ihre Unterscheidung von der Diphtherie ist durch den klinischen Befund allein nicht immer möglich. In allen zweifelhaften Fällen sollten Kulturen angelegt und mikroskopische Untersuchungen vorgenommen werden. Alle auf Diphtherie dringend verdächtigen Fälle sollten sofort, ohne dafs das Ergebnis der Kultur abgewartet wird, mit Antitoxin behandelt werden.

A. Loewald-Kolmar.

Über Syphilis des Zirkulationsapparates, von R. Renvers-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1904. Nr. 10.) Wie bei allen Infektionskrankheiten, so treten auch bei der Syphilis entweder toxische Muskelerkrankungen oder organische Muskelveränderungen auf, die voneinander zu trennen sind. Die toxischen Störungen, welche dem Kliniker auf der Höhe der Infektion beim Typhus, Erysipel und Pneumonie wohlbekannt sind, treten bei der Syphilis während des Eruptionsstadiums auf und können, wenn nicht beachtet, zu sekundären, schweren Herzstörungen (Bradykardie, Arythmie, Insuffizienzerscheinungen), schon bei geringer körperlicher Anstrengung, wohl die Ursache abgeben.

Die organischen Muskelveränderungen beruhen auf der frühzeitigen Mitbeteiligung der Bindegewebs- und Gefäfskapillaren und sind durch nur mikroskopisch sichtbare interstitielle Herderkrankungen im Muskelparenchym charakterisiert.

Seit Heller erst hat man sich daran gewöhnt, bei Sektionen mehr und mehr den Herz- und Gefäfsveränderungen des Syphilitikers nachzugehen. Denn gerade im Spätstadium der syphilitischen Infektion kommt es nicht so selten zu syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates. So z. B. fand F. Lesser im Krankenhause Moabit unter 96 Tabesfällen 18 Aneurysmen, auch R. selbst konnte im Verlaufe von zehn Jahren in 100 Fällen von Syphilis 70 mal Aneurysma nachweisen. Diese Beobachtung trifft also mit derjenigen von Rosenbach zusammen, der gerade einen Zusammenhang von Tabes mit Aortenerkrankung hervorgehoben hat, und insbesondere ist hier die Aortenerkrankung dicht über den Klappen gemeint.

Im tertiären Stadium der Syphilis, wo die Virulenz der Toxine mehr lokal zerstörend, als allgemein propagierend wirkt, da sieht man von gummösen, d. h.

bleibenden, Erkrankungen des Herzmuskels nicht gerade viel, eher entwickeln sich sichtbare und bleibende interstitielle Prozesse im Hoden und in der Leber. So beobachtete R. in einem Zeitraum von zehn Jahren unter etwa 2000 Herzerkrankungen mit 600 Todesfällen, die klinisch verfolgt worden waren, nur 26 Fälle von Herzsyphilis und darunter nur drei Fälle von Herzgummata. Unter den Ursachen chronischer Herz- und Gefäſserkrankungen konkurrieren Nikotin-, Alkohol-, Auto-Intoxikationen und im frühen Mannesalter als hereditär zu bezeichnende Arteriosklerose; wo diese Ätiologie bestimmt ausgeschaltet werden kann, muſs man an eine syphilitische Infektion denken.

Geringfügige, rasch verschwindende Knöchelödeme bei kräftigen, jugendlichen Individuen ohne Nierenstörungen sind oft das erste alarmierende und wichtige Symptom einer beginnenden syphylitischen Herzinsuffizienz.

Die Prognose ist bei einem energischen Einsetzen einer Quecksilber- und Jodbehandlung in den Anfangsstadien der Herz- und Gefäſssyphilis nicht ungünstig, sofern eine intermittierende Behandlung mindestens 2—3 Jahre fortgesetzt wird.

Arthur Rahn-Collm (*Sachsen*).

Verschiedenes.

Ein neuer dermatologischer Universalthermokauter, von Julius Weinberg-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Beschreibung eines neuen Thermokauters, der aus einem Universalbrennergriff und den verschiedenen Paquelinbrennern als abnehmbaren Ansatzstücken besteht und wesentlich einfacher und billiger ist als das bisher gebräuchliche Paquelininstrumentarium. Der Apparat ist auch zur Heiſsluftkauterisation eingerichtet; der Griff trägt nämlich an seiner Basis eine verschlieſsbare, ringförmige Öffnung, die bei der gewöhnlichen Kontaktkauterisation für den Abzug der Verbrennungsgase offen bleibt, zur kontaktlosen Heiſsluftkauterisation dagegen verschlossen wird; die Gase müssen dann aus dem Ansatz — einem eigenen Heiſsluftbrenneransatz — entweichen und können so zur kaustischen Wirkung gelangen; durch eine Absperrvorrichtung am Griffe kann der Heiſsluftstrom in bequemer Weise unterbrochen und wieder eingeschaltet werden. Die Intensität der Wirkung ist bei unmittelbarer Annäherung des Brennerendes an die Haut weit gröſser als der Effekt, der mit dem bisher gebräuchlichen Heiſsluftbrenner erzielt werden kann. Der Apparat enthält endlich noch — ebenfalls als Ansatzstück — eine Modifikation des Unnaschen Mikrobrenners, den „Vielfachmikrobrenner“; er besteht aus 15—20 dicht nebeneinander stehenden, feinen, kurzen Platin-Iridiumnadeln und dient zur Behandlung der verschiedenen Formen von Gesichtsakne, namentlich der Akne rosacea, dann zur Behandlung gröſserer Naevi vasculosi und pigmentosi. Er muſs mit äuſserster Vorsicht gehandhabt werden, die Stichelung darf nur eine ganz oberflächliche sein; es entstehen dann keine Narben.

W.s Universalthermokauter, der seit längerer Zeit in der Poliklinik von Blaschko Verwendung findet und sich ausgezeichnet bewährt, wird vom „Medizinischen Warenhaus“ in Berlin hergestellt. *Götz-München.*

Ein Universalsuspensorium, von Bernstein-Kassel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 49.) B. glaubt, daſs bei der Blennorrhoe nicht nur durch Tragen eines Suspensoriums für Ruhigstellung und Hebung der Hoden Sorge getragen werden muſs,

sondern dafs auch dem Gliede eine zweckentsprechende Lagerung zuerteilt werden soll. Er stellt hierfür folgende Grundsätze auf:

1. Bei der blennorrhoischen Entzündung der Harnröhre mufs unter allen Umständen eine Ruhigstellung des Gliedes verlangt werden.

2. Mit der Ruhigstellung mufs die Möglichkeit verbunden werden können:

a) das Glied herabhängen zu lassen: perakutes Stadium;

b) das Glied seitlich horizontal zu lagern: akutes und subakutes Stadium;

c) das Glied seitlich diagonal zu lagern: Abnahme des Sekretes, Fehlen von Gonokokken;

d) das Glied vertikal nach oben zu lagern: geringe Sekretion, dauernde Abwesenheit von Gonokokken.

Diese vier verschiedenen Lagerungen des Penis zu ermöglichen, hat B. ein „Universalsuspensorium" anfertigen und in den Handel bringen lassen. Es besteht aus einem gewöhnlichen Suspensorium, auf dessen Penisöffnung ein handschuhförmiger, seitlich der Länge nach geschlitzter Aufsatz, der Gliedhalter, so aufgenäht ist, dafs er um seinen Längsdurchmesser gedreht werden kann. Am blinden Ende des Gliedhalters befindet sich eine Öse, mittels deren er unten am Suspensorium, seitlich horizontal, seitlich diagonal und vertikal nach oben an entsprechend angebrachten Knöpfen fixiert werden kann. *Götz-München.*

Über einen neuen Wundverband „Vulnoplast", von Benario-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) Die mit den gewöhnlichen Pflastersorten hergestellten Pflasterverbände haben den grofsen Nachteil, dafs sich die Wundsekrete unter ihnen ansammeln. Diesen Übelstand soll der von B. konstruierte „Vulnoplast" (D. R.-P.) beseitigen. Vulnoplast besteht aus drei fest miteinander verbundenen Schichten, von denen die unterste, die auf die Wunde zu liegen kommt, aus Verbandmull besteht. Auf diese ist eine Salbenschicht aufgewalzt, als Salbengrundlage ist Gelatine gewählt, die sich in den Wundsekreten vollständig löst, die ihr zugesetzten Medikamente ganz zur Wirkung gelangen läfst und sich mit den Wundsekreten nicht zu Klumpen verbindet. Der medikamente Zusatz besteht aus einer Mischung von 10% Protargol und 5% Protargol. Die Wundsekrete gelangen durch die Maschen des Mulls, sowie durch besonders angebrachte Perforationsöffnungen in eine über der Mullschicht befindliche Watteschicht; über dieser liegt die Deckschicht, die das ganze Pflaster zusammenhält, soweit es zur Befestigung auf dem Körper nötig ist, mit einer Klebemasse bestrichen ist; der gröfsere Teil der Deckschicht ist nicht bestrichen und daher für die Luft durchgängig. Die Anlegung des Vulnoplasts, der von Wasserzug-Frankfurt a. M. in Breiten von 4, 6 und 8 cm in den Handel gebracht wird, ist eine sehr einfache; zu beachten ist nur, dafs die Klebestreifen parallel der vertikalen Körperrichtung befestigt werden müssen, also an den Fingern z. B. in der Richtung der Phalangen. *Götz-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. № 8. 15. April 1905.

Aus Dr. P. G. Unnas Dermatologicum in Hamburg
und Prof. v. Marschalkós königl. ungarischen Universitätsklinik in Kolozsvár.

Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut.

Von

Dr. Franz von Veress,
Assistenten an Prof. v. Marschalkós Hautklinik.

Mit einer Tafel.

Die Wirkung konzentrierter Sonnen- und elektrischer Bogenlichtstrahlen auf verschiedene Hautaffektionen, hauptsächlich Lupus vulgaris, ist so auffallend, daſs sich nach Finsens ersten Mitteilungen bald das Bestreben äuſserte, diese Heilwirkung auf histologischem Wege zu erklären. Die bisherigen Untersucher dieser Frage benutzten zu ihren Versuchen entweder normale (Möller, Leredde und Pautrier) oder lupöse Menschenhaut (Glebowski, Leredde und Pautrier, Pilnow, Leod, Wanscher), andere die Haut verschiedener Tiere, wie Dreyer und Jansen usw., und kamen zu mehr oder weniger übereinstimmenden Resultaten.

Um das Wesen dieser Lichtwirkung zu erforschen, wäre es wahrscheinlich am zweckmäſsigsten, Studien an normaler menschlicher Haut zu unternehmen; dieses Bestreben wird aber gewöhnlich durch den Umstand vereitelt, daſs gesundes Hautmaterial am schwersten zu gewinnen ist, so daſs z. B. Leredde sich dazu entschloſs, seine eigene Haut als Versuchsobjekt zu benutzen. Das ist der Grund, weshalb wir nicht über eine groſse Zahl einheitlicher Experimente verfügen.

Es sei uns gestattet, in kurzen Worten die Arbeiten auf diesem Gebiete zu schildern.

Magnus Möller (1) war der erste, der dieses Thema an Menschen- und Kaninchenhaut histologisch bearbeitete. Er belichtete normale Menschenhaut mit konzentriertem Lichte einer Bogenlampe während einer halben Stunde und fand in dem fünf Tage später ausgeschnittenen Material

die Hauptveränderungen im Epithel, nämlich Parakeratose, seröse Infiltration und Verdickung der Stachelschicht nebst Mitosen daselbst. Bei doppelt so langer Belichtung bemerkte er ausgeprägte Zeichen akuter Entzündung, wie Ödem, Gefäfsdilatation mit Extravasation im Corium, sowie Blasenbildung in der Epidermis.

Wir konnten aus dem Referat seiner Arbeit nicht erfahren, ob es sich um subcorneale gröfsere Blasen oder intracelluläre Vakuolen handelt. Übrigens wurden seine Angaben mit Ausnahme der Blutextravasation von beinahe allen späteren Autoren bestätigt.

Leredde und Pautrier (2) verfolgten die Entwicklung der Lichtwirkung auf normaler Menschenhaut von Anfang bis acht Tage nach der Behandlung und konstatierten, dafs dieselbe eine Viertelstunde nach der Belichtung noch keine histologisch nachweisbaren Veränderungen verursacht. Nach 24 Stunden aber treten akute Entzündungserscheinungen — wie Ödem, Dilatation der Gefäfse, mäfsige Lymphocytenemigration im Corium, sowie Unnasche spongioide Degeneration und „altération cavitaire Leloir" in der Stachelschicht — auf, mit gleichzeitiger Proliferation der Bindegewebszellen. Am vierten Tage ist das Epithel homogen, trüb, vakuolisiert, enthält viele Blasen, die mit nekrotischem Protoplasma gefüllt sind. In der Cutis teilweise Erweiterung der Gefäfse, leichtes Ödem, Lympho- und Leukocytenemigration und eine Art Degeneration (état troublé) des Bindegewebes. Endlich acht Tage nach der Belichtung dominieren die Reaktionssymptome in Form von Verdickung der ganzen Oberhaut und vielen Mitosen in den epithelialen Basalzellen und im Endothel, während die Bindegewebszellen hyalin entartet sind. Sie unternahmen Versuche auch an lupöser Haut und kamen prinzipiell zu gleichen Resultaten.

Da Leredde die Haut seines eigenen Armes untersucht hat, ist es wahrscheinlich (er gibt es nicht an), dafs er irgendein anästhetisches Verfahren bei der Exzision angewandt hat. Er beschreibt ein so vielfaches und verschiedenartiges Auftreten von Protoplasmadegeneration und Nekrose (von dem wir nur einen Teil referiert haben), dafs wir geneigt sind, bei der Entstehung der Reaktion neben der Lichtwirkung auch der eventuell vorausgegangenen Anästhesierung, vielleicht sogar der Vereisung der exstirpierten Haut eine Rolle zuzuschreiben. Die hyaline Degeneration der Bindegewebszellen mufs als Spätwirkung aufgefafst werden, da bekanntlich das Hyalin ein Endprodukt der Plasmazellen ist; trotzdem erwähnen Leredde und Pautrier nicht das Vorhandensein solcher Elemente in belichteter normalen Haut, in den früheren Tagen der Reaktion.

Glebowski (3) bediente sich lupöser Haut, und seine Erfahrungen entsprechen im allgemeinen dem Befund Mc Leods (4). Sie fanden nämlich aufser den Entzündungserscheinungen mit Leukocytenauswanderung, in den lupösen Herden nekrobiotische Degeneration der Plasma- und Riesen-

zellen, mit Vakuolisierung der letzteren. LEREDDE und PAUTRIER sahen die Vakuolisierung erst viermal 24 Stunden, GLEBOWSKI 48 Stunden nach der Belichtung erscheinen, während MC LEOD sie schon 24 Stunden nachher in den Riesenzellen, den Stachelzellen der Epidermis und der Haarfollikel nachgewiesen hat, welch letztere bei anderen Autoren gewöhnlich intakt geblieben sind.

Es ist also ein grofser Zeitunterschied in dem Auftreten dieser Affektion zwischen den drei Beobachtungen, so dafs man fragen könnte, ob das rasche Erscheinen intracellulärer Bläschenbildung bei MC LEOD nicht vielleicht auf allzu starker Fixierung beruht?

Die Ergebnisse der histologischen Forschungen WANSCHERS (5) an belichtetem Lupus vulgaris bestätigen die übrigen Befunde, indem sie anfangs starke Entzündung, sogar mit Blutextravasation und reichlicher Leukocytenauswanderung, nachher Zellentötung, Vakuolenbildung und endlich Neubildung von Bindegewebe aufweisen.

Hier scheint uns die Blutung im Gewebe keine gewöhnliche Folge der Lichtwirkung zu sein, und wir nehmen an, dafs möglicherweise die geringere Widerstandsfähigkeit der lupös erkrankten Gefäfse die Schuld an dieser Vulnerabilität trägt, wobei aufser der Lichtentzündung auch der mechanische Druck der Kühllinse in Betracht kommt.

Aus PILNOWS (6) Untersuchungen, die er an Lupus vulgaris nach Finsenbehandlung gemacht hat, in denen er unter anderem das Eindringen von polynukleären Leukocyten in die Riesenzellen nachweisen konnte, scheint es hervorzugehen, dafs dieser Prozefs auf dem Wege der Phagocytose die Nekrose der Lupuselemente und dadurch die Heilung der Krankheit herbeiführt. Solange wir keine bessere Erklärung für die elektive Heilwirkung haben, die die Lichtentzündung auf das Lupusgewebe ausübt, müssen wir die PILNOWsche Phagocytentheorie als begründete und annehmbare betrachten. Es sollte also der Leukocytenemigration, die im Laufe der Lichtentzündung so häufig konstatiert wurde, eine gröfsere Bedeutung zugeschrieben werden, als dies von DREYER und JANSEN (7) getan wird, die dieselbe beinahe allein für die Folge der bei der Lichtbehandlung so schwer ausschliefsbaren Wärmewirkung halten.

Was nun die neuesten Untersuchungen anbelangt, die die beiden letztgenannten Autoren im Finseninstitut in mehr allgemein-pathologischem als dermatologischem Sinne an belichteten Froschzungen, Schwimmhaut und Kaulquappen gemacht haben, so müssen wir hervorheben, dafs sie ihre Experimente mit grofser Sorgfalt und unter thermometrischer Kontrolle ausführten, um hauptsächlich die Wärmewirkung durch Überrieselung mit kaltem Wasser zu paralysieren. Sie resumieren die Art und Weise der Lichtwirkung folgenderweise: „Erst entsteht Gefäfsdilatation und hiermit Hyperämie, danach reichliche seröse Infiltration, sowie Thrombosierung

der oberflächlichen Kapillaren und kleinen Gefäfse. Erst später beginnt eine relativ geringe Emigration weifser Blutkörperchen von den etwas tiefer liegenden nicht thrombosierten Gefäfsen. Gleichzeitig hiermit nimmt die Reparationsarbeit ihren Anfang und wird insgemein innerhalb zirka einer Woche beendet sein. Die Haupteigenschaften der Lichtwirkung sind also deren oberflächlicher Sitz und deren aufserordentlich milder Verlauf."

Es ist dies unseres Wissens nach der erste Fall, dafs die Thrombosierung der Gefäfse infolge der Lichteinwirkung so früh, sicher und einwandlos konstatiert wird. Bemerkenswert ist in dieser Beobachtung, dafs trotz des oberflächlichen Sitzes der entzündlichen Hautreaktion die Leukocytenauswanderung aus den tiefen, unveränderten Gefäfsen hervorgeht und erst später eintritt, während man die Emigration aus den gereizten, erweiterten, in diesem Falle oberflächlichen Gefäfsen erwartet hätte. Diese letzteren waren aber thrombosiert. Die Leukocytenemigration scheint also ein indirektes, photochemisches Reaktionssymptom zu sein. Bei Beurteilung des sehr milden Verlaufes der Entzündung dürfen wir aber nicht vergessen, dafs die Belichtungsdauer bei diesen Experimenten Dreyers und Jansens — wenn auch an empfindlichen Tieren — doch eine verhältnismäfsig kurze, nämlich zwischen einigen Minuten und einer halben Stunde schwankende war, wogegen bei der praktischen Anwendung der Lichttherapie bekanntlich eine volle Stunde lang exponiert wird, was meistens eine starke, blasige Reaktion erzeugt.

Um nun möglichst kurz über unsere eigenen Versuchen zu referieren, die wir in Dr. Unnas Dermatologicum mit Hilfe seines Finsen-Reyn-Apparates gemacht, und an Prof. v. Marschalkós Universitätsklinik mit einem grofsen Finsen-Konzentrator wiederholt und ergänzt haben, müssen wir vorausschicken, dafs die beiden Apparate trotz der Verschiedenheit der erforderlichen Stromstärke ungefähr dieselbe Wirkungskraft besitzen.

Unser Verfahren war wie folgt:

Nachdem wir die Aufsenseite eines weifsen Kaninchenohres kurz geschoren hatten, breiteten wir dasselbe zwischen dem dicken Deckel einer Petrischale und der wasserdurchströmten Drucklinse aus und hielten die betreffende, möglichst anämisierte Stelle innerhalb des Finsenlichtkegels ca. 10 cm von der untersten Linse entfernt, so dafs ein scharf begrenzter Lichtfleck von 20—22 mm im Durchmesser entstand. Die Belichtung dauerte in einem Falle eine halbe Stunde, sonst immer 60 Minuten; die belichtete Stelle war unmittelbar nach der Sitzung jedesmal kalt und unverändert. Wir exzidierten ohne Anästhesierung 24, 48 und 7 × 24 Stunden nach der Behandlung, fixierten und härteten das Material in absolutem Alkohol, legten es in Celloidin und färbten nach den verschiedenen Unnaschen, Pappenheim-Unnaschen und van Giesonschen Methoden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren folgende:

Das von uns als Versuchsobjekt benutzte Kaninchenohr zeigt im Querschnitte folgendes mikroskopische Bild: Ein Band, dessen zwei Seiten von der äufseren und inneren Haut der Ohrmuschel gebildet sind, in der Mitte durch einen Längsstreifen, dem Knorpel, voneinander getrennt. Die Haut besitzt keine Papillen, das Epithel bildet demgemäfs eine ziemlich ebene Schicht. (Siehe Abbildung Nr. 1.) Die äufsere Haut des Ohres enthält Haarbälge, während die innere hauptsächlich mit Talgdrüsen reichlich besetzt ist.

I. Versuch. Belichtungsdauer 30 Minuten, Exzision nach 24 Stunden. Makroskopisch konnte man eine leichte Schwellung und mäfsige Verhärtung des zehnpfennigstückgrofsen Kreises konstatieren; das gegen Fensterlicht gehaltene Ohr war an der belichteten Stelle weniger durchscheinend als sonst. Mikroskopischer Befund: Die ganze Haut ist zirka um die Hälfte der normalen Breite verdickt; Stratum corneum breiter, blätterig, stellenweise etwas abgehoben; die Epithelzellen der Stachelschicht sind gröfser, geschwollen, scheinen weiter voneinander entfernt zu sein und färben sich nicht mehr so intensiv wie unbelichtete Stachelzellen. Die Cutis ist ödematös, ihre Lymphräume erweitert, die Bindegewebszellen sehr reich an Granoplasma und färben sich bei Pappenheim-Unnascher Methode leuchtend rot. Die Blutgefäfse sind sichtbar erweitert (besonders die tiefen), mit vielem roten und weifsen Blut gefüllt. Hier und da kann man frei im Gewebe liegende Leukocyten sehen.

II. Versuch. Belichtungsdauer eine Stunde, Exzision 24 Stunden später. Die belichtete Stelle zeigt makroskopisch deutliche Zeichen der Entzündung: sie ist geschwollen, rötlich und von einigen flachen Bläschen bedeckt.

Unter dem Mikroskop erscheinen alle im ersten Versuch geschilderten pathologischen Veränderungen in gesteigertem Mafse. Die Haut ist $2^1/_2$—3 mal dicker als normal; die Hornschicht ist an mehreren Stellen weit abgehoben, darunter einige subcorneale Blasen, die auf breitem Epithel mit grofsen, sich etwas homogen färbenden Stachelzellen sitzen. Der Inhalt der Blasen ist mit polynukleären Leukocyten und vielen kleinen Kügelchen übersät, die sich mit polychromem Methylenblau schwarzblau färben. In den untersten Reihen der Stachelschicht finden sich viele Mitosen der Kerne. Sowohl im Epithel und Blaseninhalt, als in der Cutis bemerkt man zahlreiche, fein gehörnerte Pigmentzellen. Die Kollagenbündel der Cutis sind geschwollen, auseinander gedrängt; das Bindegewebe in den oberen Schichten infolge des starken Ödems gelockert, in der Tiefe dichter, normal. Alle Gefäfse sind stark dilatiert, mit gemischtem Blut gefüllt und eine beträchtliche Aussaat polynukleärer Leukocyten und spärlicher Lymphocyten erstreckt sich vom Knorpel bis zur

Hornschicht. Der Knorpel selbst zeigt keine Veränderungen, und in der darunter liegenden, d. h. in der nicht belichteten Haut des Kaninchenohres finden wir außer mäßiger Erweiterung der Gefäße und geringer Aussaat von Leukocyten, Kernteilungsfiguren in den Basalzellen; außerdem eine sichtbare Proliferation des fixen Bindegewebes, dessen dichte Zellen vielfach geteilte Tochterkerne enthalten.

III. Versuch. Belichtungsdauer eine Stunde, Exstirpation 48 Stunden nachher. Die behandelte Stelle war makroskopisch erheblich verändert: auf geschwollener erythematöser Basis waren die Reste der Blasen als eingetrocknete ca. 1—2 mm dicke gelbliche Kruste zu erkennen. Die Präparate boten folgendes Bild:

Die ganze Haut ist $2^1/_2$ mal breiter als die nichtbelichteten Stellen. Die Schichten des Epithels sind kaum voneinander zu unterscheiden, sie bilden vielmehr einen homogenen, breiten Streifen, dessen obere dunkelgefärbten Teile der Hornschicht und dem eingetrockneten serösen Blaseninhalt, während die tieferen, helleren Partien der aufgequollenen, größtenteils nekrotischen Stachelschicht entsprechen. Mit polychromer Methylenblaufärbung sind die Stachelzellen blaß, gräulich, ihre Konturen und Kerne nur in den tiefsten Reihen hier und da und in den untersten Teilen der Follikel sichtbar. Dazu kommt noch eine gewaltige Infiltration des ganzen nekrobiotischen Epithels mit polynukleären Leukocyten, die nach oben hin zu einer dichten Masse zusammenfließen. Um die einzelnen Elemente dieser Partie studieren zu können, färbten wir zahlreiche Schnitte nach der Pappenheim-Unnaschen Methylgrün-Pyroninmethode und erhielten auf diese Weise ein schönes klares Bild (siehe Abbildung Nr. 2), indem wir auch das Verhalten des Pigmentes beobachten konnten. In allen Teilen des Epithels und der Kruste sind zahlreiche sog. Pigmentzellen zerstreut, die etwas spärlicher auch in der Cutis vorhanden sind. Dieselben haben meist länglich gedehnte Form und scheinen in Wanderung gegen die Oberfläche gewesen zu sein, wo sie auch in größter Zahl zu finden sind. Die Kolben der Haarbälge ragen in verhältnismäßig verschontem Zustande in die Cutis hinein.

Die Cutis ist gewaltig geschwollen, ödematös, mit weiten Lücken zwischen dem Gewebe der oberen Schichten. Nach der Tiefe wird dieselbe allmählich dichter, das Ödem geringer, die Hypertrophie und Proliferation der Bindegewebszellen nimmt zu. Hier und da sind kleine Gruppen Plasmazellen im Gewebe. Alle Gefäße sind mit Blut gefüllt und erweitert; während die oberflächlicheren hauptsächlich dichtgelegene rote und nur einzelne weiße Blutkörperchen enthalten, finden wir in den tieferen nebst Erythrocyten eine große Anzahl polynukleärer Leukocyten, so daß manche Gefäßquerschnitte bei Pappenheim-Unnascher Färbung wegen der vielen Kerne ganz blau erscheinen. Viele Leukocyten sind in

charakteristischer Randstellung oder eben im Durchgang. Die derartig erzeugte Infiltration des Gewebes ist unten um die tiefliegenden Gefäſse und oben im Epithel samt der serösen Kruste am gröſsten, während die dazwischenliegende ödematöse Zone viel weniger Leukocyten enthält. Die Zahl der emigrierten Lymphocyten ist gering.

Der Knorpel scheint vollkommen normal zu sein.

Sehr interessant sind die Verhältnisse in der, der eben geschilderten gegenüberliegenden, nicht belichteten Seite der Ohrmuschel. Von Entzündungserscheinungen ist hier wenig vorhanden, wohl aber Reaktionssymptome, und zwar reichlich Mitosen in den Basalzellen und eine starke Proliferation des Bindegewebes, dessen Kerne sich zu dichten Reihen anordnen. Die Gefäſse sind kaum erweitert, enthalten aber viele mehrkernige weiſse Blutkörperchen, die in geringer Zahl auch emigriert vorkommen. Mehrere Reihen polynukleärer Leukocyten erscheinen dicht an dieser (nicht belichteten) Seite des Knorpels und machen den Eindruck, als ob die infolge der photochemischen Wirkung nach oben wandernden Leukocyten durch den Knorpel zurückgehalten worden wären und sich dort angehäuft hätten.

IV. Versuch. Exzision 7×24 Stunden nach einstündiger Belichtung. Die belichtete Stelle ist mit feinem, dünnem, teilweise abgefallenem Schorf bedeckt, ist weniger elastisch und unterscheidet sich von der normalen Haut durch ihre dunkle, bräunliche Farbe. Mikroskopischer Befund: Es ist kein Ödem vorhanden; die Lichtentzündung ist vorüber, und die Schädigungen sind gröſstenteils ausgeheilt. Stellenweise sind noch Reste des Schorfes sichtbar, die aber schon von neuem Epithel von normaler Breite unterwachsen sind. Die Stachelschicht zeichnet sich durch viele Mitosen der tieferen Reihen aus. Es ist weniger Pigment in den Stachelzellen und der Cutis, als man es nach dem makroskopischen Bilde erwarten könnte.

Das Bindegewebe ist dicht, enthält ganze Reihen von Zellen mit reichlichem Granoplasma. Die Gefäſse sind erweitert; das Gewebe zeigt reichlich Plasmazellen und spärliche emigrierte Leukocyten; der Knorpel ist normal, die nicht belichtete Seite des Ohres ist durch wohlgenährtes, hypertrophisches Bindegewebe und Kernteilungsfiguren im Epithel charakterisiert.

* * *

Wie aus dieser Schilderung hervorgeht, befinden sich unter den verschiedenen Veränderungen, die im Laufe der Lichtentzündung im Gewebe auftreten, mehrere, die von allen Autoren gefunden wurden. In den Detailfragen herrscht noch keine völlige Übereinstimmung, und es müssen noch zahlreiche Untersuchungen unter wechselnden Versuchsbedingungen unternommen werden, um endlich das Wesen der Lichtwirkung in Form eines einheitlichen typischen Verlaufes kennen zu lernen.

Ein von mehreren Autoren beschriebenes Symptom ist z. B. die Vakuolisierung der Epithelzellen, die wir mit bestem Willen in keinem unserer Präparate finden konnten. Es ist doch kaum denkbar, daſs die Erklärung dafür in der verschiedenen Reaktionsfähigkeit der Menschen- und Kaninchenhaut zu suchen wäre.

Lеrеddе und Pautrier erwähnen, daſs sie das Bindegewebe vier Tage nach der Belichtung trübe (état troublé), später hyalin entartet, auſserdem viele oberflächliche Gefäſse verschwunden fanden; wir sahen im Gegenteil in allen unseren Präparaten reichlich granuliertes, sich klar und leuchtend färbendes Bindegewebsprotoplasma, nur erweiterte Gefäſse, aber keinen Schwund derselben.

Eine strittige Frage ist und bleibt vorläufig die Rolle der emigrierten Leukocyten. Einige Autoren (Glebowski, Pilnow, Wanscher) beschreiben eine überwiegend polynukleäre, andere (Leredde und Pautrier) eine hauptsächlich mononukleäre Infiltration der Cutis, und dieser letztere Befund wird von Dreyer und Jansen bestätigt. Es sei nebenbei bemerkt — ohne diesem Umstande gröſsere Wichtigkeit zuzuschreiben —, daſs wir ein Stück unseres Materials zur Probe mit Formalin-Sublimat-Pikrin fixierten und (mit allerdings nicht sehr gutem Erfolg) nach Mannscher Methode färbten. In diesen Präparaten konnten wir die polynukleären Leukocyten, die wir in den mit Alkohol fixierten und nach Unna, van Gieson usw. behandelten Präparaten stets typisch in groſser Zahl fanden, nicht als solche erkennen und hätten uns dazu verleiten lassen können, dieselben für mononukleäre Lymphocyten zu halten.

Nach der allgemeinen Auffassung und alltäglichen Beobachtung wird die Pigmentation als eine chronische, späte Folge der Lichteinwirkung betrachtet. Die dem Lichte exponierten Körperteile werden bekanntlich pigmentiert. Man sollte also ad analogiam die Spuren einer deutlichen Pigmentation nach einer Finsenbehandlung im Gewebe nachweisen können. Dennoch finden wir in den Arbeiten der genannten Autoren entweder gar keine Auskunft über diese Frage oder nur einzelne Beobachtungen, die noch der Erklärung bedürfen. Leredde und Pautrier bemerken z. B., daſs acht Tage nach der Belichtung keine Spur von Pigment in der Stachelschicht zu finden war, trotzdem daſs die Haut normalerweise sehr pigmentiert war.[1] Wir fanden sieben Tage nach der Behandlung sehr wenig Pigment in den Basalzellen, im allgemeinen viel weniger als am zweiten Tage, wo sowohl die Cutis, als auch das Epithel viele Pigmentzellen besaſs. Normalerweise ist bei weiſsen Kaninchen nur die Cutis und die Marksubstanz einzelner Haare pigmentiert.

---

[1] L. c. „Toute trace de pigment a disparu et la peau est pourtant normalement très pigmentée.“

Digitized by Google

Die Beantwortung der Frage, ob die Wanderung des Pigmentes in Form bestimmter Pigmentzellen geschieht oder das Pigment nur als solches verschiedene fixe Zellen imprägniert, bedarf noch weiterer Untersuchungen. Es sei nur die Aufmerksamkeit auf die interessante Erscheinung gerichtet, die wir 48 Stunden nach der Belichtung beobachtet haben, nämlich die bedeutende Infiltration des Epithels mit Pigment. Wir sahen bei dieser Gelegenheit im Epithel und im Schorf zahlreiche, dicht pigmentierte Zellen, die ihrer Form nach den Stachelzellen täuschend ähnlich waren und auch einen ähnlichen Kern besafsen. Viele waren bis zum äufsersten Rande des Schorfes ausgewandert. Andere Pigmentzellen in der Cutis hatten die gewöhnliche Form von Spindel- oder Mastzellen.

Die Lichtwirkung mufste wenigstens in unserem III. und IV. Versuch sehr tief gewesen sein, da Bindegewebsproliferation und viele Mitosen auch auf der nicht belichteten Seite des Ohres zu konstatieren waren.

Wir sind weit davon entfernt, auf Grund unserer an Zahl beschränkten Experimente allgemeine Schlüsse ziehen zu wollen, und beschränken uns darauf, den Eindruck wiederzugeben, den wir aus den uns zugänglich gewesenen einschlägigen Publikationen und unseren eigenen Erfahrungen erhalten haben. Demnach scheint eine einstündige Finsenbelichtung folgende Veränderungen in der Haut zu erzeugen:

1. Akute Entzündungssymptome: Ödem, Blasenbildung, Gefäfserweiterung und Thrombosierung derselben, Auswanderung von Leukocyten und Lymphocyten.

2. Schädigungen: Vakuolisierung der Epithel-(und Riesen-)zellen, Degeneration oder Nekrose des Epithels, Blutung und hyaline (Leredde und Pautrier) Degeneration.

3. Reaktionssymptome: Wucherung des Kollagens und des Bindegewebes, Mitosen in den Epithel- und Endothelzellen, endlich Pigment- und Leukocytenwanderung gegen die Lichtquelle.

Es entsteht also eine von verschiedenen Gewebsschädigungen begleitete oberflächliche Entzündung, die aber auch eine Erweiterung der tieferen Gefäfse und hauptsächlich Leukocytenemigration aus denselben hervorruft. Darauf folgt eine Abnahme der Entzündung parallel mit der Zunahme und Generalisierung der Reaktionssymptome, deren Endprodukt stets eine Hypertrophie oder Proliferation der fixen Gewebszellen ist.

Zum Schlusse sei es mir noch erlaubt, Herrn Dr. Unna für das lebhafte Interesse und gütige Unterstützung, welche er mir bei der Abfassung dieses Aufsatzes erwies, sowie meinem verehrten Chef, Herrn Prof. v. Marschalkó, meinen Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Literatur.

1. Magnus Möller, Der Einfluſs des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankhaftem Zustande. *Bibliotheca Medica D.* 1900. Heft 8.
2. Leredde und Pautrier, Photothérapie et Photobiologie. Paris 1903.
3. Glebowski, Die Veränderungen im Lupusgranulom unter der Einwirkung des konzentr. Bogenlichtes nach Finsens Methode. Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. Breslau 1901.
4. Mac Leod, The pathological changes in the skin, produced by the Rays from a Finsen Lamp. *The british medical Journal.* 1902.
5. Emil Wanscher, Untersuchungen der bei der Lichtbehandlung des Lupus vulgaris hervorgerufenen histologischen Veränderungen. *Mitteilungen aus Finsens medizinischem Lichtinstitut.* 1904.
6. Pilnows Arbeit: Refer. in der *Münchener medizinischen Wochenschrift.* 1902. Nr. 27. S. 1141 und *Monatshefte für praktische Dermatologie.* XXXV. Nr. 9.
7. Dreyer und Jansen, Über den Einfluſs des Lichtes auf tierisches Gewebe. *Mitteilungen aus Finsens medizinischem Lichtinstitut.* 1905.

Erklärung der Tafel.

1. Abbildung. Querschnitt eines normalen Kaninchenohres nach Pappenheim-Unnascher Methode gefärbt. Reichert Mikroskop Okul. 2, Objekt 3. Oben die äuſsere, unten die viele Talgdrüsen enthaltende innere Haut, in der Mitte der Knorpel.

2. Abbildung. Querschnitt eines Kaninchenohres, das 48 Stunden nach einer einstündigen Finsenbelichtung ausgeschnitten wurde. Behandlung und Vergröſserung wie Abbildung Nr. 1. Das Epithel ist sehr breit, gröſstenteils nekrotisch, links eine groſse, eingetrocknete Blase, dessen seröser Inhalt mit polynukleären Leukocyten dicht bestreut ist. Ein Haarfollikel ragt in die Cutis, die in ihren oberen Seiten ödematös, in den tieferen sehr dicht und überall mit Leukocyten durchsetzt ist. Die Gefäſse sind stark erweitert, mit roten (gelb) und weiſsen (blau) Blutkörperchen gefüllt. Die Stachelschicht der nicht belichteten Seite, sowie das Bindegewebe daselbst ist infolge der Proliferation breiter resp. dichter geworden.

Aus Prof. Kreibichs Universitätsklinik in Graz.

Über einen Fall von Angiokeratom (MIBELLI).

Von

Dr. Richard Rau.

Diese Erkrankung, die Mibelli (1) im Jahre 1889 das erstemal beschrieb und von der er auch damals das histologische Bild feststellte, ist seitdem, soweit dies bei dem verhältnismäfsig seltenen Vorkommen möglich war, wiederholt Gegenstand von Abhandlungen und auch je nach den Befunden und deren Auslegung, von Meinungsverschiedenheiten gewesen.

Im folgenden gestatte ich mir, über einen Fall, der an obiger Klinik zur Beobachtung gelangte, einige Einzelheiten in betreff der Ätiologie, somatischen und histologischen Befundes, sowie der Therapie mitzuteilen.

Es handelt sich um einen 22jährigen jungen Mann, von Beruf Schneider, der nach seinen Angaben schon seit seiner frühesten Jugend sowohl an den Händen als auch an den Füfsen an „Warzen" gelitten hat, welche besonders im Winter, wenn die Hände und Füfse erfroren, blau und geschwollen sind, stark hervortreten, im Sommer aber abblafsten und dem Patienten durch die Trockenheit und Rauhigkeit auffielen; über eine vorhergehende Gelegenheitsursache oder eventuelle vorausgegangene Perniones weifs er nichts anzugeben. Was seine Eltern und deren Geschwister sowie seine eigenen sechs lebenden Geschwister betrifft, so ist eine ähnliche Erkrankung bei keinem nachzuweisen. Der Patient selbst ist gracil, aber proportioniert gebaut; die somatische Untersuchung ergibt mit Ausnahme seiner spezifischen Erkrankung und einiger noch später erwähnter Gefäfsveränderungen völlig normalen Befund; die Reflexe sind an den unteren Extremitäten bis zu klonischen Krämpfen gesteigert; jedoch ist sonst keine nervöse Störung nachzuweisen.

Die Haut, die im allgemeinen leicht ichthyotisch ist, zeigt an den äufseren Ohren, sowie an den Händen und Füfsen eine livide Verfärbung; die Hände — relativ grofs — sowie die Füfse zeigen die typischen Begleiterscheinungen der Akroparese, Hyperhydrosis und dem Gefühl nach herabgesetzte Temperatur. An den Dorsal- und Lateralflächen der Finger und Zehen, an manchen Fingern auch übergreifend auf die Palmarfläche, an den Ulnarseiten der Hände, sowie an den Aufsen- und Innenseiten des Mittelfufses sieht man auf cyanotischer Haut zahlreiche nadelspitzengrofse, blauschwarze Punkte — eingesprengten Pulverkörnern oder Tätowierpunkten vergleichbar. Nur dann, wenn die Punkte sehr klein sind, ist die Epidermis darüber anscheinend normal; ist der Punkt etwas gröfser und älter, so verbreitert sich die Epidermis zu einer im Zentrum stärkeren

warzenartigen Auflagerung, durch welche aus der Tiefe der blaurote Punkt durchscheint; diese primären Effloreszenzen konfluieren ihrerseits wieder zu grauen scheibenförmigen Gebilden, bei welchen der warzenartige Charakter noch stärker hervortritt; die Oberfläche dieser Gebilde ist rauh und matt, wachsartig glänzend, nicht schuppend, und ist am ähnlichsten der Oberfläche von Tuberculosis verrucosa cutis; durch diese verdickte, warzenartig höckrige Hornschichte schauen die ausgedehnten Blutgefäfse dunkelblaurot hindurch, wobei man bei seitlicher Kompression die oberflächliche und die tiefere Lage dieser Bluträume ganz deutlich erkennt. Wegen ihres warzenähnlichen Aussehens nannte Dubreuilh (2) die Effloreszenzen „Verrues téleangiectasiques", doch ist diagnostisch eine Verwechselung mit Warzen durch ihr diaskopisches Verhalten ausgeschlossen, weil beim Angiokeratom bei seitlicher Kompression die ausgedehnten Gefäfse (die Punkte) bestehen bleiben, während die komprimierte Warze abblafst. Auch durch den Kleinfingernagel und den Goldfingernagel der linken Hand schimmern blaurote, schrotkorngrofse Flecken durch, welche bei Druck auf den Nagel nicht verschwinden.

Die mikroskopische Untersuchung der kleinsten Stellen zeigt, dafs es sich um Veränderungen der Papillarkapillaren mit gleichzeitiger verstärkter Verhornung der darüberliegenden Epidermis handelt, was auch durch die Benennung dieser Erkrankung als Angiokeratome aufserordentlich bezeichnend zum Ausdruck kommt. Der Befund deckt sich in unserem Falle auch vollständig mit dem Bilde, das Unna (3) in seiner „Histopathologie" von dieser Affektion aufgestellt hat. Die Epidermis zeigt das Bild der reinen Hyperkeratose, indem das Stratum corneum durch eine Zunahme von kernlosen verhornten Zellen auf ein Vielfaches ihrer normalen Breite verdickt ist; die Verbreiterung der Hornschicht beträgt an manchen Stellen 700 μ, doch sind dies gewifs noch nicht die dicksten Stellen. Unter der Hornschicht findet man an manchen Stellen auch die Körnerschicht stark verbreitert, an anderen Stellen fehlt sie aus später zu erörternden Gründen. Die Papillen sind im grofsen und ganzen etwas verbreitert und bedeutend in die Länge gezogen und gestreckt; sie enthalten Bluträume von zweierlei Charakter: teils kapillare, welche für ein bis zwei Blutkörperchen durchgängig sind, teils Bluträume, welche in der verschiedenartigsten Anordnung fast die ganze Papille ausfüllen und die zuerst erwähnten Kapillaren an die Wand drängen. Sämtliche Bluträume sind von Endothel ausgekleidet und auch dort, wo dieselben bis ans Epithel herangehen, sind sie von diesem sowohl durch die Endothelauskleidung, als auch durch einen schmalen Saum umgebenden Bindegewebes getrennt. Aus dem dunkelcyanotischen Aussehen der Effloreszenzen läfst sich wohl mit grofser Wahrscheinlichkeit vermuten, dafs die ausgedehnten Bluträume dem aufsteigenden Schenkelteil der Papillarschlinge

entsprechen, während das an die Wand gedrückte Gefäfs mit normalem Lumen den absteigenden Schenkel darstellt. Nirgends finden sich in den Bluträumen unserer Präparate Zeichen von Thrombose; ferner vermifsten wir freies, ins Gewebe ausgetretenes Blut. Auf Schiefschnitten anscheinend ins Epithel vorgedrungene Bluträume erwiesen sich bei genauerer Untersuchung in folgender Weise entstanden: bei der Ausdehnung und Streckung treibt gleichsam das Gefäfs das umgebende Bindegewebe vor sich her, und mit dem Grade der stärkeren Ausdehnung wird ersteres verdünnt, so dafs wirklich nur noch anscheinend eine Zelllage das Gefäfslumen vom Epithel trennt, aber auch dieses wird in seinen tieferen weichen Schichten verschmächtigt; die Körnerschicht verschwindet an diesen Stellen, so dafs die Bluträume nur durch einige abgeplattete Rete Malpighizellen von der Hornschichte getrennt sind. Die Retezapfen erleiden zwischen den Papillen entsprechend deren Erweiterung die verschiedenartigsten einschränkenden Formveränderungen; die subpapilläre Bindegewebsschicht zeigt ebenfalls noch vielfach erweiterte, strotzend mit Blut gefüllte Kapillaren; Symptome von exsudativer und proliferierender Entzündung fehlen in unseren Präparaten vollkommen.

Was nun die Ätiologie betrifft, so hat man diese Erkrankung, da bei den meisten bis jetzt beobachteten Fällen Frostbeulen vorhergegangen waren, die sich später in oben beschriebener Weise umbildeten, vielfach als direkt endemisch betrachtet in Orten (Toulouse[4]) und Familien, wo Perniones häufiger und prononzierter vorkommen; man mufs jedoch in Betracht ziehen, dafs vor allem Fälle bekannt sind — und zu diesen zählt auch der hier beschriebene —, bei denen keine Frostbeulen vorhergegangen sind, und dafs auch des ferneren Beobachtungen aus Familien vorliegen, in denen mehrere Mitglieder Perniones haben und doch unter sonst ganz gleichen Verhältnissen blofs ein Mitglied mit Angiokeratomen erkrankt, so dafs man annehmen mufs, dafs hier noch ein persönliches auslösendes Moment hinzugekommen ist. — In unserem Falle zeigte sich nun vor allem das Blutgefäfssystem auch anderweitig in einer für das Alter des Patienten auffallenden Weise verändert; an beiden unteren Extremitäten bestehen mächtig entwickelte Varikositäten, ad anum ein erbsengrofser Hämorrhoidalknoten; bei Untersuchung der Nase finden wir im unteren Teile am Septum in der Gegend des Locus Kieselbach stark erweiterte Venen, die auch zu häufigen hartnäckigen Blutungen Anlafs geben.

Das Blut selbst zeigt bis auf eine mäfsige Herabsetzung des Hämoglobingehaltes normalen Befund:

Rote Blutkörperchen	4 260 000
Weifse „	8 600
Hämoglobin (Fleischl)	60 %.

Mikroskopisch waren weder im Nativ- noch im gefärbten Präparate besondere Veränderungen zu beobachten; ebenso war die Gerinnungsdauer normal; der Blutdruck zeigt sich herabgesetzt und beträgt 65 (nach Gärtner).

Auch sonst erweisen sich die Gefäfse als weniger widerstandsfähig als unter normalen Verhältnissen; ein mit Wasserstoffsuperoxyd (30%ig) getränkter Wattebausch wurde durch zwei Stunden am Rücken in der Lumbalgegend aufgelegt, und es zeigten sich am anderen Tage in dem ganzen Wirkungskreise des Bauschens gegenüber Kontrollversuchen an anderen Personen viel zahlreichere kapilläre Blutungen in der Haut.

Auffallend waren bei dem Patienten täglich wiederkehrende Temperaturanstiege früh und abends, die für eine tuberkulöse Erkrankung sprachen; bei der somatischen Untersuchung läfst sich jedoch nirgends ein Erkrankungsherd nachweisen, und mehrfache Sputumfärbungen nach Ziehl-Neels ergaben stets negativen Befund; auch im Röntgenbilde ist keine Infiltration zu sehen, und allenthalben zeigt die Lunge ihre normale Felderung; von den Drüsen ist blofs eine submaxillare (angeblich seit vier Jahren) vergröfsert, nicht schmerzhaft, sonst aber keine Zeichen früherer Erkrankungen zu sehen. Nach subcutaner Injektion von 1 cm^3 Alttuberkulin Koch (1 : 1000) in der Lumbalgegend erfolgte an den zwei folgenden Tagen ein rapider Fieberanstieg (bis über 40°); jedoch keinerlei lokale Reaktion an der erkrankten Hand.

Zusammenfassend können wir annehmen, dafs hier eine kongenitale Debilität der Blutkapillaren im Sinne der Exaudeschen Theorie (l. c.) vorhanden war, die im Verlaufe der Zeit zu einer hochgradigen Akroparese führte, und als höchster Grad dieser Akroparese wäre die angiomartige Ausdehnung der Papillen zu betrachten. Als sekundäre Erscheinung ist wohl die Hyperplasie des Stratum corneum zu betrachten; dieselbe ist wahrscheinlich einesteils eine Folge der Ernährungsstörung, die durch die verlangsamte Blutzirkulation und die dadurch bedingte Blutveränderung in den erweiterten Gefäfsen bedingt ist, andernteils eine reaktive Verhornung der Epithelien, welche verhindert, dafs die Angiektasien die Oberfläche gewinnen und so zu Blutungen Anlafs geben. Unna (l. c.) bezeichnet die Erkrankung deshalb auch direkt als eine Stauungsdermatose und fafst dadurch die anatomischen und pathogenetischen Erscheinungen zusammen.

Was die vielfach erörterten Beziehungen zwischen Tuberkulose und Angiokeratom betrifft, so läfst sich von unserem Falle folgendes sagen: Der Patient ist sehr gracil, etwas chlorotisch, hat eine vergröfserte indolente Drüse am Hals, hat tägliche Temperaturanstiege früh und abends und zeigt auch nach Injektion von 1 cm^3 Alttuberkulin Koch (1 : 1000) einen Temperaturanstieg bis über 40°; aus diesen Symptomen läfst sich wohl mit grofser Wahrscheinlichkeit vermuten, dafs der Kranke an einer

spezifischen tuberkulösen Affektion erkrankt ist; es ist jedoch anzunehmen, daſs die Hautveränderung weder direkt noch indirekt durch die tuberkulöse Erkrankung bedingt ist; dieselbe besteht schon seit frühester Jugend und ist anatomisch weder Hauttuberkulose noch ein Tuberkulid, da überhaupt Symptome der Entzündung vollkommen fehlen; die Erkrankung zeigte auch auf die Tuberkulininjektion keinerlei lokale Reaktion; die Hauterkrankung ist somit gewiſs keine Folge der Tuberkulose; eher läſst sich noch der bei dem Kranken möglicherweise bestehende innere Erkrankungsherd auf seine Gefäſsalteration und auf die dadurch herabgesetzte Zirkulation und gestörte Ernährung als begünstigendes Moment für die Infektion zurückführen. Dafür spricht auch, daſs in der ganzen Ascendenz, sowie bei den sechs Geschwistern — die keine derartigen Gefäſsstörungen zeigen — keine tuberkulöse Erkrankung bekannt ist.

Bei den auſserordentlich geringfügigen Beschwerden, die diese Krankheit veranlaſst, kommt es wohl nur in der geringsten Anzahl von Fällen zu einer Behandlung. Die Entstellung und die besonders im Winter sich steigernde Berufsstörung nötigen jedoch manchmal zur Entfernung; was unsern Fall betrifft, so wurde die elektrolytische Behandlung, die ansonsten gute Resultate ergab, wegen Schmerzhaftigkeit abgebrochen; Radium blieb trotz mehrstündlicher Applikation wirkungslos; tropfenweise Injektion von Carbol. liquefactum in die Angiome wurde als zu schmerzhaft ebenfalls nicht vertragen; am besten bewährte sich auch in diesem Falle das Verschorfen mit dem Unnaschen Mikrobrenner, das relativ gut vertragen wurde und bei genügend tiefer Applikation die besten Erfolge ergab.

Literatur.

1. Mibelli, Angiokeratoma. *Internat. Atlas selt. Hautkrankh.* 1889. Heft 2.
2. Dubreuilh, Verrues téleangiectasiques. *Ann. de la Policlinique de Bordeaux.* 1889.
3. Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. S. 880.
4. Exaude, Thèse de Toulouse. 1892—1893.

Aus der Praxis.

Die Glasfeder, ein praktisches Instrument zur Applikation flüssiger Ätzmittel.

Von

Dr. med. Hammer-Stuttgart.

Zur Zerstörung einzelstehender Lupusknötchen durch flüssige Ätzmittel hat Unna seine Spickmethode angegeben, die darin besteht, dafs gut zugespitzte, mit Ätzflüssigkeit imprägnierte Holzstäbchen in die Lupusherde eingestochen, im Niveau der Haut abgeschnitten und durch Pflastermull 48 Stunden darin zurückgehalten werden (*diese Zeitschr.* XXVIII [1899] S. 590 und XXXI [1900] S. 331).

Ich habe eine ähnliche Methode schon früher angewendet, doch umwickelte ich die Spitze des Holzstäbchens mit Watte, natürlich so, dafs sie noch stechend blieb. Dies hatte den Vorteil, dafs das Spickholz mehr Flüssigkeit — ich benutzte fast ausschliefslich Accid. carbol. liquef. — fafste und auch mehr in der Fläche wirkte. Ich fand aber, dafs die Rezidivfähigkeit des Lupus dadurch nicht sicher genug bekämpft wird.

Solche watteumwickelte, zugespitzte Holzstäbchen — ich verwende sogenannten Holzdraht — lassen sich mannigfach verwenden. Die Erzielung einer sehr feinen Spitze wird am allerbesten und raschesten durch schiefes Abschneiden mit einer Schere erreicht.

Mit derartigen Holzstäbchen dickeren Kalibers, mit Chromsäurelösung beschickt, kann man z. B. vorzügliche Resultate bei der oft aufserordentlich hartnäckigen lacunären Angina, wie sie bei Merkurialismus manchmal auftritt, erzielen, indem man mit bohrenden Bewegungen tief in die mit schmierigem Detritus angefüllten Tonsillenhöhlen eindringt.

Ein Patient, dem ich die Anwendung eines flüssigen Ätzmittels unter den Nagel verordnet hatte, brachte mich nun auf die Verwendbarkeit eines äufserst praktischen Instrumentes zu solchen Zwecken. Es ist ein zugespitzter, mit spiraligen Rinnen versehener Glasstift, der als „Glasfeder" zum Schreiben mit Tinte benutzt wird und von der Firma A. W. Faber-Berlin W., Friedrichstr. 79, dutzendweise zu ganz billigem Preise bezogen werden kann (mit Holz- oder Glasstiel).

Es war mir sofort einleuchtend, dafs die allmähliche Abgabe der Flüssigkeit, wie sie für das Schreiben mit Tinte verlangt wird, auch für die Anwendung flüssiger Ätzmittel sehr erwünscht ist, da die Wirkung dadurch besser auf die beabsichtigten Grenzen beschränkt bleibt

Digitized by Google

Bei Lupus ist meine Technik die, daſs ich mit der Glasfeder in die Knötchen einsteche und dann sofort bereit gehaltene Watte in die Öffnung — ebenfalls mit der Glasfeder — hineinstopfe, den Wattetampon fortwährend mit Acid. carbolic. liquef. tränkend. Man kann so jede Blutung vermeiden und wird sich wundern, wieviel Watte in einen, wenn auch ganz kleinen, Lupusherd hineingestopft werden kann. Die Fixierung der karbolgetränkten Watte pflege ich mit Watte und Kollodium vorzunehmen.

Die ganze Prozedur ist von keinerlei entzündlicher Reaktion gefolgt, wenn man den Tampon nicht länger als 24 Stunden beläſst. Nachdem man die Ätzung einige Tage hintereinander wiederholt hat und eine glatte, lochförmige Wundhöhle erzielt ist, überhäutet sich die letztere sehr rasch. Der Druck der Watte läſst keinerlei übermäſsige Granulationsbildung aufkommen, so daſs die Narbenbildung auch bei oft wiederholter Ätzung eine ideal glatte und weiche ist.

Auch bei kleinen Epitheliomen der äuſseren Haut hat mir diese Methode schon gute Erfolge gegeben.

Ganz vorzügliche Resultate gibt sie bei der Verruca necrogenica und ist für den Finger eines Arztes wegen des minimalen Wattekollodiumverbandes beinahe ideal zu nennen.

Sehr schön läſst sich auch die Neissersche Ätzung des Ulcus molle mit flüssiger Karbolsäure mittels der Glasfeder vornehmen, deren Form das Austasten der Unterminierungen, Buchten und Spalten gut ermöglicht. Bei teilweise gereinigten Geschwüren verraten sich die noch schankrösen Partien durch ihre groſse Empfindlichkeit für Berührung. Hat man jedoch ein Ulcus molle einmal geätzt, so nehme man es unter strenge Aufsicht, sonst wird man schaden statt nützen (s. a. *Monatsh. f. Harnkrankh. u. sex. Hyg.* Bd. I, S. 123).

Bei Sitz des Ulcus molle auf der äuſseren Haut kann man ebenfalls den Wattekollodiumverband nach der Ätzung anwenden, denn absolute Unverrückbarkeit des Verbandes ist beim Ulcus molle eine sehr wichtige Heilungsbedingung.

Mit gutem Erfolge habe ich die Methode auch bei schwieligen Rhagaden der Hände verwendet.

Aber auch beim Tamponieren und Ätzen von Fistelgängen usw. bewährt sich „die Glasfeder“ als ein äuſserst handliches Instrument.

Versammlungen.

Kritische Betrachtungen über Wandlungen und Fortschritte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,

angestellt beim zweiten Kongreſs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in München, März 1905,

von Dr. med. Hopf-Dresden.

„Wandlungen“ und „Fortschritte“, das sind die Eindrücke, die ich von der Münchener Tagung unserer Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit nach Hause genommen habe. Ebenso wie es sicher ist, daſs nicht nur wir Ärzte, sondern auch die Behörden und die Gesamtheit der denkenden Volksschichten im Kampfe gegen das nicht minder soziale wie sanitär bedenkliche Übel der geschlechtlichen Seuchen ein ersprieſsliches Wirken aufgewendet haben und vorwärts, dem fernen Ziele näher gekommen sind, ebenso steht es auch auſser allem Zweifel, daſs wir Ärzte den mit uns gegen den gleichen Feind zu Felde ziehenden Mitstreitern aus der Laienwelt manches Zugeständnis gemacht haben. Als in der Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts der Gedanke einer zielbewuſsten, allgemeinen Eindämmung der sexuellen Krankheiten angeregt wurde, war man sich zwar von vornherein klar, daſs derartige Fragen nicht allein durch die Erkenntnisse der Heilwissenschaft und die Hilfe ihrer Jünger gelöst werden können und auch andere Faktoren auſser dem Arzte ein entscheidendes Wort mitzusprechen berufen sind. Und schon die Zusammensetzung der ersten Brüsseler internationalen Konferenz in ihrem Bestand von Ärzten, Krankenkassen, Frauenrechtlerinnen, Vertretern der Sittlichkeitsvereine, Rechtsgelehrten und Vertretern bürgerlicher wie militärischer Behörden, erbrachte den Beweis dafür. Allmählich hat sich nun zwar nicht gerade das Zahlenverhältnis der Ärzte und Nichtärzte auf derartigen Kongressen und auch auf dem literarischen Kampffelde erheblich zugunsten der letzteren verändert, allein sachliche Zugeständnisse sind ihnen doch im Laufe der Jahre gemacht worden. Noch vor 15 Jahren wäre es doch wohl unmöglich gewesen, den Satz „Enthaltsamkeit ist für den normalen Körper des Mannes nicht schädlich“ als ein Axiom zu verkündigen; und doch hat sich die Überzeugung unserer berufensten Vertreter unter dem Drucke des stetigen Anlaufes allmählich zu diesem Standpunkte durchgerungen. Es ist ja auch ganz erklärlich, daſs die tausendfältigen Begründungen, welche von Seite der Juristen, Geistlichen, Moralisten und Vertreterinnen der verschiedenen Zweige der Frauenbewegung ihren Lehren und Forderungen gegeben werden, teilweise in den Schatz der Erkenntnis der Fachleute übergehen, ja übergehen müssen. In dieser Hinsicht waren die Verhandlungen schon der ersten internationalen Konferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten sehr lehrreich. Man beschloſs die Regierungen zu ersuchen, der Prostitution zivilrechtlich minderjähriger Frauenspersonen zu unterdrücken, man bildete eine internationale Gesellschaft, die den bezeichnenden Namen führte: „Gesellschaft zur Prophylaxe von Gesundheit und Sittlichkeit“. Ferner wies die Tagung darauf hin, daſs die Waisen besser zu schützen seien: „Es ist von Wichtigkeit, daſs die Waisen besser geschützt werden; zu diesem Zwecke soll die Wahl der Vormünder nicht allein von der Rücksicht auf die Wahrung materieller Interessen der anvertrauten Kinder bestimmt werden, sondern besonders von der Erkenntnis der Notwendigkeit sittlichen Schutzes. Wer mit der Erziehung

Digitized by Google

der Jugend betraut ist, mufs seinen ganzen Ehrgeiz auf die sittliche Entwicklung seiner Zöglinge verwenden und ihnen Mäfsigung lehren und Achtung vor der Frau, gleichviel in welcher sozialen Lage sie sich befinde."

Weiter wurde der Schutz der Regierungen gegen das Zuhältertum wachgerufen. Gegenüber diesen Forderungen waren es nur drei Thesen, welche rein ärztliche Erwägungen wiedergaben. Es waren das die Anträge FOURNIER-NEISSER-PAWLOFF, SAUNDBY und LASSAR:

„Von der Ansicht ausgehend, dafs eine gründliche Kenntnis der Venerologie eines der wichtigsten Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten darstellt, empfiehlt die Konferenz den Regierungen dringend die Schaffung wahrhaft zuständiger Ärzte durch die auf allen Universitäten zu bewirkende Einführung von obligatorischen Vorlesungen, deren Gegenstände im Prüfungsprogramm der Staatsprüfung vorkommen müfsten, und verlangt, dafs die Examinatoren Spezialisten seien."

— „Die Konferenz bittet die Regierungen, in jedem Lande eine Kommission zu bilden, welche beauftragt wird:

1. die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten in der Zivilbevölkerung, abgesehen von zeitlichen Schwankungen, festzustellen,
2. Erkundigungen über die gegenwärtig bestehenden Einrichtungen zur Behandlung der venerischen Erkrankungen, über die Verteilung der Krankenhäuser und die Zahl der verfügbaren Betten einzuziehen, sowie die wirksamsten therapeutischen Mafsnahmen vorzuschlagen,
3. die auf die beste Methode des Schutzes gegen die Verbreitung der venerischen Leiden bezüglichen verschiedenen Meinungen zu sammeln und zu dem Zwecke geeignete Vorschläge zu machen."

— „Die Regierungen werden ersucht, jede günstige Gelegenheit wahrzunehmen, um die Aufmerksamkeit des Publikums und besonders die der jungen Leute auf die Gefahren zu lenken, welche die Prostitution die Gesundheit der Personen beiderlei Geschlechts laufen läfst, und auf die traurigen Folgen der Geschlechtskrankheiten hinzuweisen."

Sowie die heiklen Themen Reglementierung oder Gehenlassen, Bordellierung oder Freiwohnen der öffentlichen Mädchen, Zwangsbehandlung oder freies Aufsuchen ärztlicher Hilfe und zwangsweise oder freiwillige Krankenhausaufnahme berührt wurden, stellte es sich heraus, dafs die Beratungen auf einen toten Strang gerieten. Noch auffälliger waren diese Erscheinungen, die uns Ärzten doch auch eine gewisse Warnung und Mahnung, unsere Forderungen noch einmal gründlich durchzusehen und vom allgemein kulturell-sittlichen Standpunkte aus zu revidieren, sein sollten, auf der zweiten Brüsseler Konferenz des Jahres 1902 zu bemerken. Die Lehre von der Notwendigkeit der Reglementierung erlitt damals einen ersten starken Stofs. In dem seinerzeitigen Bericht des Verfassers hiefs es, und die Worte erhalten beim heutigen Stand der Dinge erneute Bedeutung:

Mit lebhaftem Bedauern sah der reglementaristisch gesinnte Teil der Konferenz das Ausbleiben FOURNIERS, der gelegentlich der 1899er Versammlung sich in überlegener Weise als Meister der Situation erwiesen hatte. Sein Nachfolger in der Professur, GAUCHER-Paris, erwies sich als strenger Anhänger des Abolitionismus. Diese Verschiedenheit, diese Wandlung in den Ansichten machte sich auch zweifellos in der allgemeinen Stimmung geltend. Die Reglementation der Prostitution hatte entschieden an Anhängern verloren, während die Sache der Moralisten und Abolitionisten auch unter den Ärzten an Boden gewonnen hatte.

Digitized by Google

Neben GAUCHER von der Sorbonne erklärte sich auch SANTOLIQUIDO, als ärztlicher Vertreter der italienischen Regierung gegen den Nutzen der behördlichen Überwachung der Prostitution, und der Pariser Professor der inneren Medizin, LANDOUZY, stellte sich auf ihre Seite mit seiner These:

„Das System der Reglementierung, wie es heute angewendet wird, hat sich als unwirksam erwiesen. Es ist zu verurteilen (zweite Fassung: ist zu verlassen). Man mufs bezüglich der Prophylaxe der venerischen Krankheiten auf das gemeine Recht zurückgreifen (zweite Fassung: welches für Mann und Weib das gleiche ist)."

Auch der Vertreter der belgischen Regierung und Chef des belgischen Gesundheitswesens, BÉCO, nahm einen Standpunkt ein, der sich dem von den Abolitionisten vertretenen stark näherte. Sein Antrag lautete damals:

„Die Konferenz stellt durch die eingegangenen Berichte und die einstimmigen Erklärungen aller Redner, welche das Wort ergriffen haben, fest, dafs die augenblicklich in Kraft befindlichen Systeme der Prostitutions-Reglementierung in verschiedenen Richtungen und besonders in dem Sinne fehlerhaft sind, dafs das Eingreifen der Polizei der Wirkung der sanitären Autorität schadet, während es ihre einzige Aufgabe sein müfste, der letzteren zur Verfügung zu stehen.

Die Konferenz ist der Meinung, dafs es angebracht sei, sowohl im Recht wie in der Wirklichkeit die sanitäre und polizeiliche Tätigkeit zu trennen und erstere von letzterer unabhängig zu machen, und zwar derart, dafs die Bekämpfung und Verhütung der venerischen Krankheiten, wie die jeder anderen übertragbaren Krankheit, einen ausschliefslich hygienischen und ärztlichen Charakter tragen mufs."

Auch Anträge wie der des Dermatologen BALZER vom Pariser Hospital Saint-Louis, die Regierungen möchten die minderjährigen Prostituierten unter 18 Jahren in besondere Asyle überweisen und des Abolitionisten MINOD:

„Die Konferenz spricht den Wunsch aus, die der Prostitution ergebenen Minderjährigen möchten Schutzgesellschaften überwiesen werden. Letztere, obwohl als halboffizielle Einrichtungen anerkannt, sollten vom Staate unterstützt, sonst aber vollständig freie Hand gelassen werden, was ihre Verwaltung und ihr Vorgehen anbetrifft. Die kranken Prostituierten werden auf Kosten der Gesellschaften behandelt"

und des bekannten französischen Kolonialmediziners GOOD

„Die minorennen Prostituierten werden Besserungsanstalten überwiesen, welche öffentlichen oder privaten Charakters sein können. Die Kontrolle übt die richterliche Gewalt aus"

berühren sich gegenseitig in Forderungen rein moralisierenden Charakters. Zwar wurden anderseits auch während der Tagung dieser zweiten Konferenz auch rein ärztliche, wissenschaftlich begründete Anträge zur Besprechung gestellt, wie die gesetzlich gewährleistete unentgeltliche Hilfe für Geschlechtskranke in Hospitälern und Polikliniken und Übernahme der so entstehenden Kosten auf den Staat oder zur Zahlung verpflichtete Kassen; Abschaffung aller die Geschlechtskranken irgendwie beschränkenden Bestimmungen in den Krankenhäusern; Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Schäden der Prostitution durch gesetzliche Mafsnahmen; obligatorische sanitäre Kontrolle der Prostituierten bis zur Erreichung des gewünschten hygienischen Zieles; Anwendung der straf- und zivilrechtlichen Haftung auf die Übertragung der venerischen Krankheiten. Allein schon der Umstand, dafs nur fünf Beschlüsse auf der Konferenz gefafst wurden und auf ausdrückliches Verlangen NEISSERS die übrigen von Anhängern und Gegnern der staatlichen Reglementierung in bunter

Reihe zur Erörterung gestellten Thesen nur offiziell zur Kenntnis der Tagung genommen werden, beweist, daſs das abolitionistische Moment während dieser zweiten Brüsseler Konferenz mehr und mehr in den Vordergrund getreten war. Die einstimmig gefaſsten Wünsche der Versammlung tragen auch eher einen dahin neigenden Charakter. Sie lauteten folgendermaſsen:

Die Konferenz wünscht, daſs man den beim Regiment eintreffenden Rekruten eine kurzgefaſste Druckschrift über die Gefahren des Trippers und der Syphilis aushändige. Darin enthalten müſste ein Paragraph sein, stets der Geschlechtskrankheiten eingedenk zu sein, um später dem Arzte von ihnen Mitteilung machen zu können. Damit zu verbinden wären kurze Hinweise auf die Gefahren des Alkoholmiſsbrauches und auf die Bekämpfung der Tuberkulose. Die den Dienst verlassenden Mannschaften müſsten neben ihrem Militärpaſs eine solche Druckschrift ausgehändigt erhalten.

Es ist wünschenswert, daſs das Gesetz jedem Geschlechtskranken freie Behandlung im weitesten Maſse gewährleiste. Es ist darauf zu achten, daſs alle den Venerischen abträglichen Bestimmungen und Umstände in Krankenhäusern und Sprechstunden in Wegfall kommen, sowie daſs in den öffentlichen Anstalten bei der Behandlung das Berufsgeheimnis und das Schamgefühl der Kranken gewahrt wird.

Das wichtigste und wirksamste Mittel zur Bekämpfung der Ausbreitung der venerischen Leiden besteht in der möglichst weitgehenden Aufklärung über die Wichtigkeit und die schweren Gefahren dieser Krankheiten.

Der Jugend männlichen Geschlechts muſs die Erkenntnis gelehrt werden, daſs Keuschheit und Enthaltsamkeit nicht nur nicht schädlich, sondern im Gegenteil vom gesundheitlichen Standpunkte aus besonders zu empfehlen sind.

In der Erkenntnis, daſs die verschiedenen Statistiken vergleichbar sein müssen, ist es nötig, dieselben auf gleichen Grundlagen aufzubauen. Diese Tätigkeit ist einem internationalen Bureau zu übertragen, dessen Vorsitzender die ihm übermittelten Vorschläge an die verschiedenen Regierungen weitergeben wird. Auch wird er deren Ansichten über die Bildung des Bureaus und seine Subsidien einziehen.

Die Konferenz spricht den Wunsch aus, es möchten in die Erziehung und den Unterricht der Jugend aller Altersklassen die Fragen des geschlechtlichen Lebens vom gesundheitlichen wie vom moralischen Standpunkte aus aufgenommen werden. Es werde eine Kommission gewählt, die eine sich auf schon bestehende Broschüren aufbauende Abhandlung redigieren wird, die obengenannter Unterrichtung dienen und dieselbe in allen Ländern einführen soll.

Wenden wir nunmehr unsere Blicke zur Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und ihren beiden Kongressen, dem Frankfurter und dem Münchener, so können wir auch hier den Einfluſs des Laienmoments nicht verkennen, und es tritt immer mehr die Tatsache in die Erscheinung, daſs die strengen Anhänger der Reglementierung der Prostitution oder gar die Anhänger des Bordellsystems an Zahl und Bedeutung verlieren. Und wundern dürfte man sich schlieſslich nicht über solche Wandlungen. Sollte nicht der Gedanke erlaubt sein, daſs der Weg, den wir bisher in dieser Richtung gewandelt sind, der Weg der staatlichen Regelung des Prostitutionswesens, ein grundsätzlich falscher ist, der uns, mögen wir uns auf ihm auch drehen und wenden, niemals aus den Sackgassen der Inkonsequenz und des Widerspruchs mit staatlichen Verordnungen und mit Postulaten der Moral herausführen kann in das freie Feld wirklicher Fortschritte und Erfolge? Haben nicht alle Staaten die Erfahrung machen müssen, daſs jeder Versuch, die Prostitution irgendwie zu unterdrücken, zu den schlimmsten Ausartungen und zum Gegenteil des Gewollten geführt hat. Ist nicht der Kampf der Behörden aller Länder jahrhundertelang mit allen Machtmitteln des Staates und mit Unterstützung der Ärztewelt geführt

Digitized by Google

worden, ohne daſs wir nennenswerte Erfolge erzielt hätten. Kann man es da selbst dem ernstesten Vertreter der ärztlichen Wissenschaft verargen, wenn er zu dem Schlusse neigt, daſs sich unsere Bemühungen von jener Art des Kampfes besser abwenden und mit ganzer Kraft dem eigentlichen Kampfe gegen die geschlechtlichen Krankheiten zuwenden möchten, der ein viel umfassenderer sein kann und wird, und bei dem jede Äuſserung der infektiösen Geschlechtsseuchen, betreffe sie nun Prostituierte oder ehrbare Glieder des Volkes, Hochgestellte oder Geringe, mit zielbewuſster Folgerichtigkeit getroffen zu werden vermag. — Bei dem ersten Kongreſs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten traten die grundsätzlich verschiedenen Richtungen der gegen die sexuellen Schädigungen unseres Volkes kämpfenden Kreise zutage in den Berichten von Neisser und Anna Pappritz über die Frage: Nach welcher Richtung läſst sich die Reglementierung der Prostitution reformieren? Während der erste Referent die Unwirksamkeit der Reglementierung von heute anerkennt und deshalb die Umwandlung des polizeilichen Überwachungssystems der Prostitution in ein sanitäres vorschlägt, und zwar zur Bildung von Sanitätskommissionen rät, Bordelle geschlossener und offener Form sowie Absteigequartiere gestatten will, sofern nur dabei die erforderlichen gesundheitlichen Bürgschaften gegeben sind, nimmt die Korreferentin einen diametral entgegengesetzten Standpunkt ein, was die Konsequenzen aus den gemeinsam anerkannten Übelständen anbelangt. Sie verwirft der Prostitution gegenüber jeden Zwang, erklärt sie als eine soziale Folgeerscheinung, bei der die Abhängigkeit der Frau mit eine Hauptrolle spielt, und sagt, daſs die heutige Sittenpolizei, ohne je etwas zu helfen, geradezu schädlich gewirkt habe. Jeder Reform der Reglementierung würden nach ihrer Ansicht ebenfalls wieder allerlei bedenkliche Mängel anhaften. Sie sei aussichtslos, da sie sich nie und nimmer auf die uneingeschriebene Prostitution werde erstrecken können. Als Heilmittel gegen die Schäden der Prostitution betrachtet Anna Pappritz einerseits die Hebung der sozialen Lage des Volkes und anderseits die weitestgehende Bekämpfung der venerischen Erkrankungen jedes einzelnen und damit der Allgemeinheit.

Man kann sich nicht verhehlen, daſs die Waffen unserer Gegner scharf und geschickt geschwungen werden. Bieten doch auch die von ärztlicher, und zwar selbst von allerberufenster Seite vorgeschlagenen Auswege oft solche gesuchte und, wie auf der Hand liegt, undurchführbare Momente, daſs sie den Gegnern vorzügliche Angriffsflächen bieten. Wird denn nicht wieder und immer wieder von dieser Seite mit Recht die Folgeunrichtigkeit hervorgehoben werden können, die darin liegt, daſs alle unsere Vorschläge wohl die Venerie der Prostituierten, sofern sie eingeschrieben ist, kaum jedoch die Venerie der heimlich sich prostituierenden Hunderttausende, unter allen Umständen aber nicht die Venerie des als Hauptmitverbreiter der Seuche anzusehenden Mannes zu treffen vermögen? Ich meine, daſs noch ganz andere, viel einfachere und praktischere, dabei aber auch voraussichtlich groſse Wirksamkeit versprechende Reformvorschläge kommen müssen, ehe man die Einwände unserer Gegner erfolgreich a limine wird zurückweisen dürfen. — Auch der verflossene Münchener Kongreſs, an den diese Zeilen sich anschlieſsen, scheint mir wiederum dargetan zu haben, daſs die Gegner der Reglementierung, vor allem aber die Widersacher des Bordellsystems, langsam, aber stetig an Boden gewinnen, und daſs ihre Argumente auch einen nach dem anderen aus unseren Reihen allmählich entwaffnen.

Auf der Tagesordnung standen drei Punkte.

Für den ersten, „**Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten**“, waren als Berichterstatter bestellt Neisser-Breslau und Flesch-Frankfurt a. M., sowie

Justizrat Bernstein-München; für den dritten Punkt: **„Stra barkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten"**, berichteten O. Neustätter-München, Georg Bernhard-Berlin und A. Meyerhof-Hildesheim. Der weitaus wichtigste und umstrittenste Punkt der Verhandlungen waren die **„Bordelle und Bordellstrafsen"**, über welche Wolff-Strafsburg, Stachow-Bremen, von Düring-Kiel, Fabry-Dortmund, Rechtsanwalt Hippe-Dresden und Frau Henriette Fürth-Frankfurt a. M. Bericht erstatteten.

Für den auf einer Forschungsreise in der Südsee weilenden Neisser gab Chotzen-Breslau über **Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten** Bericht. Während für die meisten ansteckenden Leiden eine Anzeigepflicht für den Arzt besteht, liegt dem Arzte, welcher Geschlechtskrankheiten behandelt, nicht nur nicht die Meldepflicht ob, sondern er ist sogar durch eine Schweigepflicht, die Rücksicht auf das ärztliche Berufsgeheimnis verhindert, der Behörde oder jedem Dritten Mitteilung über einen oder den anderen bedrohlich infektiösen Fall zu machen. Der § 300 des Reichsstrafgesetzbuches besagt nämlich das folgende:

„Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Ärzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein."

Es liegt auf der Hand, dafs diese unbedingte Verpflichtung zum Schweigen oft dritte Personen in der stärksten Weise gefährdet. Das Gesetz der öffentlichen Prophylaxepflicht des Staatswesens hat ein Loch, wenn bei den sexuellen Krankheiten ein gewissenloser oder von der Infektiosität seines Leidens nicht unterrichteter Patient die Ansteckung ruhig weitertragen kann, ohne dafs es Mittel gibt, die Umgebung davor zu bewahren. Neisser hat hierbei auch jene Fälle im Auge, wo geschlechtskranke Ammen, Kindermädchen, Erzieherinnen die Krankheit auf die Schutzbefohlenen übertragen oder irgendwelche Genossen eines Haushalts ihr Leiden aus Furcht vor Entdeckung ganz unbehandelt lassen. Auch ich erinnere mich eines Falles aus meiner Praxis, in dem eine Köchin mit einem Unterlippenschanker drei Wochen lang einer Pastorenfamilie das Essen zubereitete, die Suppen kostete und so die Speisen in direkte Berührung mit ihrem syphilitischen Primäraffekt brachte, ehe die Diagnose gemacht wurde. Noch schlimmere Gefahren drohen dritten Personen, wenn der noch ungeheilte Kranke den Geschlechtsverkehr ausübt. Auch Rücksichten auf private Belangen bekannter Familien oder verwandter Personen können dem Arzte unter Umständen die Schweigepflicht als eine recht unheilvolle Verpflichtung empfinden lassen. Soll der Arzt schweigen, wenn er sieht, dafs ein von ihm behandelter, aber noch ungeheilter Kranker sich mit der Tochter eines ihm nahestehenden Mannes verlobt? Auch anderweitige Erwägungen, nämlich solche rechtlicher Natur, lassen die Frage aufwerfen, ob die Schweigepflicht auf obigem Gebiete unbedingt und ohne Ausnahme aufrecht erhalten werden soll. Darf der Arzt im Zivil- oder Strafprozefs aus Rücksicht auf die höheren Belangen des Rechts und der Unschuld dritter, vor allem weiblicher Personen, nicht in diesem oder jenem Falle Zeugnis über den Zustand eines früheren Kranken seiner Klientel ablegen? Es sprechen allerdings gewichtige Gründe für ein Fortbestehen der Wahrung des Berufsgeheimnisses, für welche nicht nur die meisten Ärzte, sondern auch die Rechtsgelehrten warm eintreten. Einmal — so lautet die Begründung der meisten — würde ein Bruch mit den lange gehegten Gepflogenheiten die Kranken mifstrauisch gegen die Ärzte machen, sie von der Zuziehung eines Arztes abhalten und dem Kurpfuscher, der zu keiner Meldung ver-

pflichtet ist, noch mehr als es leider schon jetzt der Fall ist, in die Arme treiben, zumal das Vorurteil der Allgemeinheit gegen die als etwas Besonderes, beinahe Entehrendes geltenden Geschlechtskrankheiten schon jetzt viele Kranke veranlafst, den Helfer in der Not, den Arzt, nicht aufzusuchen. Auf der anderen Seite stellt Neisser die Tatsache ins rechte Licht, dafs gerade die zu keinerlei Geheimhaltung verpflichteten Kurpfuscher von Geschlechtskranken massenhaft aufgesucht werden. Neisser kommt dann zu dem Schlusse, „dafs zwar der alte § 300 erhalten bleiben soll, damit das Prinzip der Verschwiegenheitspflicht nach wie vor zum gesetzlichen Ausdruck gelange, dafs aber in einem Zusatze ebenso nachdrücklich anerkannt werden müsse, dafs der Arzt befugt sei, Tatsachen, die ihm in seiner ärztlichen Eigenschaft bekannt geworden sind, ausnahmsweise zu offenbaren:

1. wo über Schuld oder Unschuld des Angeklagten im Kriminalprozefs, über Recht oder Unrecht der Parteien im Zivilprozefs durch den Richter ohne freie Bekundung des Arztes eine zutreffende Entscheidung nicht gefällt werden kann,

2. wo — aufserhalb des Prozesses — der Arzt durch Offenbarung der ihm bekannt gewordenen Tatsachen gesundheitliche Schädigungen, deren Eintritt andernfalls zu erwarten steht, verhüten kann."

Aufserdem schlägt Neisser folgende Änderungen vor:

I. In den § 300, Abs. 1 St.-G.-B. sind nach den Worten „Gehilfen dieser Personen" die Worte einzuschieben:

„Verwaltungsbeamte von Krankenhäusern, Organe und Beamte der für die Verwaltung der öffentlichen Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherung getroffenen Organisationen, Beamte der Armenverwaltung."

II. Dem § 300 St.-G.-B. ist ein Absatz 3 etwa folgenden Inhalts beizufügen:

Straffreiheit tritt ein:

1. Wenn die Offenbarung des Privatgeheimnisses zum Zwecke der Verhütung gesundheitlicher Gefährdung anderer an die für Entgegennahme solcher Anzeigen bestellte Sanitätsbehörde geschehen ist, und wenn dieser Zweck auf keinem anderen Wege erreicht werden konnte als durch die Offenbarung.

2. Wenn eine der vorbezeichneten Personen als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht die geheimzuhaltende Tatsache offenbart hat, nachdem sie durch Gerichtsbeschlufs von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden worden ist.

III. Dem § 52 der Strafprozefsordnung und dem § 385 der Zivilprozefsordnung ist folgender Absatz beizufügen:

„Zu solcher Entbindung ist auch das Gericht befugt, wenn eine für die Entscheidung erhebliche Feststellung auf anderem Wege als durch das Zeugnis der zur Verschwiegenheit verpflichteten Person nicht getroffen werden kann."

IV. In dem Preufsischen Ausführungsgesetz zum Reichsseuchengesetz sind in § 8, Abs. 9 und in § 9 die Worte: „Personen, welche gewerbsmäfsig Unzucht treiben" zu ersetzen durch: „Personen, welche sich durch ihr Verhalten in hygienischer Hinsicht gemeingefährlich machen".

V. Durch Gesetz ist eine allgemeine ärztliche Anzeigepflicht aller geschlechtlichen Erkrankungen, aber ohne Namensnennung des Kranken, einzuführen.

Justizrat Bernstein-München stellte folgende Leitsätze auf:

„Die Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses ist in der bestehenden Gesetzgebung richtig geregelt.

Die ärztliche Schweigepflicht ist gesetzlich auf alle mit der Krankenpflege beruflich befafste Personen und deren Hilfspersonal auszudehnen."

Es liefse sich nur eine Regel aufstellen, nämlich „Schweigen ist Pflicht". Gesetz und Rücksichten auf die Moral bedingen die Ausnahmen. Eine Abänderung des be-

Digitized by Google

stehenden Rechts hält Bernstein für unnötig. Es kennt drei Ausnahmen von der Schweigepflicht. Erstens einmal kann derjenige, welcher dem Arzte ein Geheimnis seines Körperzustandes anvertraut hat, ihn auch von der Pflicht zu schweigen entbinden. Zweitens kann das Gesetz dem Arzte eine Offenbarung gebieten, wie im Falle der Anzeige eines geplanten Verbrechens (§ 139 Str.-G.-B.) oder erlauben, wie im Falle der zeugenschaftlichen Vernehmung. Aufserdem hat drittens das Reichsgericht eine Reihe von Entscheidungen gefällt, in denen ausgesprochen worden ist, dafs es höhere Pflichten gibt, vor denen die Verpflichtung des Arztes, sein Berufsgeheimnis zu wahren, zurücktreten mufs. Der Arzt allein hat von Fall zu Fall diese notwendige Entscheidung zu treffen. Ist die Überlegung eine reifliche und richtige gewesen, ist die Entscheidung des Arztes, ob er im betreffenden Fall reden soll, gewissenhaft getroffen, so wird er auch straflos bleiben. Im übrigen hat der Richter Gelegenheit, auch aus dem Schweigen des Arztes bei der Verhandlung oder aus der Tatsache, dafs der betroffene Patient den Arzt nicht von der Schweigepflicht befreit, Schlüsse zu ziehen, die auf den Verlauf des Prozesses von gröfstem Einflufs sein können. Es ist das die freie Beweiswürdigung des Richters.

Flesch-Frankfurt verlangt eine Meldepflicht der Ärzte unter strengster Garantie der Aufrechterhaltung des Berufsgeheimnisses seitens aller derer, welche durch diese Meldung von der Sachlage Kenntnis erhalten. Er verlangt aber auch eine Meldepflicht seitens jeder Person, welche sich mit der Behandlung von Kranken befafst. Dem von einem Eingreifen der Gesundheitsbehörde Bedrohten darf nicht die Möglichkeit offenstehen, dafs er zu einem anderen Arzte flüchtet; er mufs wissen, dafs jeder Arzt, an den er sich wendet, die gleiche Meldung erläfst, dafs ihm die sanitätspolizeiliche Behandlung ebenso blüht, ob er zu diesem oder jenem Arzt oder — last not least — ob er zum Kurpfuscher geht.

Die Leitsätze Fleschs sind die folgenden:

1. Die im § 300, Absatz 1 des Strafgesetzbuches festgesetzte Schweigepflicht wird dahin erweitert, dafs dieselbe auf das gesamte Personal der Gesundheitspolizeibehörde, der Hospitäler und der Verwaltungsorgane öffentlicher und privater Organisationen zur Kranken-, Invaliditäts-, Unfall- und Lebensversicherung erstreckt wird.

2. Es mufs erstrebt werden die Einfügung der Geschlechtskrankheiten in den Rahmen des Reichsseuchengesetzes, und zwar in der Weise, dafs die Gesundheitspolizei gegenüber den Geschlechtskrankheiten in gleicher Weise wie gegenüber anderen gemeingefährlichen Krankheiten zuständig wird.

3. Die Gesundheitspolizei ist mit der Befugnis auszustatten, dafs sie auf Grund der ihr bekannt gewordenen Tatsachen in allen Fällen einschreiten darf, in welchen seitens der ihr bekannt gewordenen Geschlechtskranken nach sachgemäfser Feststellung die nötigen Mafsnahmen zur Vermeidung neuer Infektionen unterlassen werden.

4. Die sich aus der Unterstellung der venerischen Erkrankungen unter die Vorschriften des Reichsseuchengesetzes ergebende Ausdehnung der Meldepflicht auf die Geschlechtskrankheiten mufs alle mit der Behandlung von Kranken beschäftigten gleichmäfsig treffen. Verstöfse gegen die Meldepflicht seitens ungenügend vorgebildeter Personen dürfen nicht einer milderen Strafe unterliegen, weil die mit Heilversuchen sich abgebenden Personen, nachdem sie es unterlassen haben, sich die genügenden Vorkenntnisse anzueignen, sich hinter diese Unwissenheit verschanzen.

5. Es ist mit Rücksicht auf die Anrufung des Arztes zur Zeugnisablage in Ehescheidungssachen und in Nichtigkeitsprozessen zur Feststellung über vorangegangene Geschlechtskrankheiten zu erstreben, dafs zwischen Eheleuten eine Geheimhaltung über Gesundheitsverhältnisse unstatthaft ist, so dafs eine Aussage des Arztes — die

eventuell unter Ausschlufs der Öffentlichkeit zu erfolgen hat — nie eine Verletzung des Berufsgeheimnisses bilden und daher nicht verweigert werden darf.

In der anschliefsenden Besprechung der drei Berichte stellt sich Lesser-Berlin auf den Standpunkt, dafs das Berufsgeheimnis unbedingt zu wahren sei, und nur der Kranke selber könne den Arzt davon entbinden. Er hat noch nie durch Schweigen Schaden entstehen sehen. Der Arzt ist ja keine blofse Behandlungsmaschine, sondern er besitzt Takt und Einflufs. Er knüpfte an einen von Jullien berichteten Fall an, in dem der behandelnde Arzt einen ungeheilten Kranken, der sich mit der Tochter aus einer dem Arzte bekannten Familie, verloben wollte, durch die Drohung, ihn öffentlich im Opernfoyer ohrfeigen zu wollen, zwang, seinen Plan aufzugeben. Es gibt auch moralische Ohrfeigen, über die der Arzt gegenüber einem gewissenlosen Kranken verfügt. Und im übrigen ist ja bei Anfragen dritter ein beredtes, vielsagendes Schweigen oft mehr als eine Antwort.

Chotzen - Breslau wendet sich gegen die Anzeigepflicht. Das Palladium der Schweigepflicht des Arztes sei zu wahren. Aufserdem sei nicht jeder infektiöse Kranke auch gemeingefährlich. Das Vertrauen zum Arzte dürfte durch eine Anzeigepflicht bedenklich erschüttert werden. Es müsse dem Arzte für jeden Fall die Entscheidung, ob er sich für verpflichtet erachte, eine Anzeige zu erstatten, selber überlassen werden.

Rechtsanwalt Hippe-Dresden tritt dem bei. Erfolge bei einer Eheschliefsung das Unglück einer Ansteckung, so trage der Brautvater ganz allein alle Schuld, weil er sich nicht rechtzeitig über den Gesundheitszustand seines Schwiegersohnes vergewissert habe.

Frau Scheven-Dresden glaubt, dafs die Einführung einer ärztlichen Meldepflicht hauptsächlich Härten gegen die unteren Schichten der Bevölkerung richten würde. Einer Meldepflicht möchte sie darum nicht zustimmen, wohl aber dem Arzt gestatten, in ihm geeignet erscheinenden Fällen, in denen ein öffentliches Belangen vorliegt, den jeweilig berufenen Personen Mitteilungen von dem Leiden des Patienten zu machen.

Ries - Stuttgart verweist auf den starken Teilsatz der verheirateten Geschlechtskranken. Der Arzt habe bisher dem anderen Ehegatten gegenüber von der Erkrankung des einen geschwiegen. Sollte es anders werden, so würde einerseits der Arzt in dem Orte bald geächtet werden, anderseits werde das System der Angabe falscher Namen in Schwung kommen, beziehentlich der Zulauf zum Pfuschertum sich vermehren.

Touton-Wiesbaden tritt dem bei und wünscht die Erhaltung des unveränderten § 300.

Pfarrer Bohn-Plötzensee, der Generalsekretär der Deutschen Sittlichkeitsvereine, wünscht eine diskrete Anzeigepflicht ohne Namensnennung zwecks Schaffung einer Statistik über Ausdehnung und Ausbreitung der venerischen Affektionen. Selbstschutz des einzelnen und Aufklärung des Volkes seien die besten Waffen gegen Erkrankungen. In diesem Sinne der Warnung und Aufklärung könne der Arzt im besonderen Falle wie im allgemeinen unendlich viel Segen stiften.

Quidde - München rief einen bedauerlichen Zwischenfall hervor, indem er nach Zustimmung zu Bernsteins Ausführungen unter Ausfällen gegen die deutsche Rechtspflege gegen den abwesenden Neisser die schwersten Vorwürfe erhob. Es habe ihn gewundert, dafs gerade Professor Neisser eine so strenge Auffassung von den Pflichten eines Patienten zur Schau trage; denn das Referat Prof. Neissers sei überhaupt nur möglich gewesen auf Grund der Vertuschung der Tatsache, dafs Prof. Neisser Syphilisgift nicht etwa zu Immunisierungszwecken, sondern für private Studienzwecke auf Gesunde übertragen habe. Wer so streng auf Moral halten wolle, sei vor allem verpflichtet, für strenge Beobachtung der Moral in den eigenen Reihen zu sorgen.

Es ist zu bedauern, und ich möchte auch an dieser Stelle dem allgemeinen Bedauern Ausdruck verleihen, dafs dem Redner, dessen Ausführungen ja gar nicht zum Gegenstande der Tagesordnung gehörten, das Wort nicht entzogen wurde. Zwar traten LESSER-Berlin, BLASCHKO-Berlin und VON DÜRING-Kiel sofort energisch für den angegriffenen Abwesenden ein, der über derartige Angriffe erhaben sei, aber besser wäre es gewesen, man hätte Herrn Prof. QUIDDE gar nicht erst gestattet, den ersten Vorsitzenden der Gesellschaft, bei der sich Herr QUIDDE zu Gaste befand, in so mafsloser Weise anzugreifen.

HALLE-Hannover wendet sich gegen jede Anzeigepflicht mit Namensnennung und wünscht die Pflicht des Schweigens auf das Personal der Krankenkassen ausgedehnt zu sehen.

* * *

Aufserhalb der Tagesordnung berichtete hierauf FREUND-Berlin über die von der preufsischen Landesversicherungsanstalt errichtete **Sonderheilstätte für Geschlechtskranke in Lichtenberg bei Berlin.** Sie wird von den Kranken lieber aufgesucht als die Krankenhäuser, in denen die Geschlechtskranken oft schlecht behandelt werden. Bei einem Bestand von 55 Betten war der Besuch im Jahre 1904 schon 383 Kranke, von denen 174 an Syphilis litten. 239 waren durch Prostituierte, 11 durch Kellnerinnen, 47 durch sogenannte Bekanntschaften, 2 durch die Ehefrau angesteckt worden. Die Hauptaufgabe der Anstalt ist die Verhinderung späterer, dauernder Erwerbsunfähigkeit.

(Schlufs folgt.)

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11./24. März 1905.

Originalbericht von Dr. ARTH. JORDAN-Moskau.

1. METSCHERSKI stellt einen Fall von **Pityriasis rubra Hebrae** vor. Der betreffende 63jährige, sehr rüstige Mönch gibt an, vor jetzt 26 Jahren den Beginn seines Leidens in Gestalt eines roten Fleckes auf der Beugeseite des linken Armes bemerkt zu haben. Ohne Beschwerden zu machen, hat der Ausschlag sich langsam weiterentwickelt, und erst der Übergang auf das Gesicht veranlafste den Patienten, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen. Augenblicklich ist mehr oder weniger der ganze Körper, mit Ausnahme geringer Partien, so des behaarten Kopfes, einzelner Partien der Wangen, des Kinns usw., von einer diffusen, mit lamellären Schüppchen bedeckten, ein wenig infiltrierten Röte eingenommen, die aber an einzelnen Stellen, wie an den Armen, den deutlichen Ursprung aus isoliert stehenden Flecken erkennen läfst, die dann zusammengeflossen sind. An anderen Partien, wie auf der Brust, ist die Haut der geröteten Stellen atrophiert. Die Haut ist überall trocken. Die Haare, die Nägel und die Drüsen sind unverändert. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes. Die inneren Organe sind normal. In Anbetracht aller dieser Umstände und bei fehlenden Anhaltspunkten für ein anderes Hautleiden ist der Fall als eine Pityriasis chronica benigna anzusehen.

Diskussion: ORLOW zweifelt an der Diagnose, da das Fehlen von Drüsen- und Nagelveränderungen bei dem vorzüglichen Allgemeinbefinden des Kranken gegen die Diagnose Pityriasis rubra Hebrae spreche.

METSCHERSKI entgegnet darauf, dafs der Fall in der Tat nicht zu der ursprünglich von FERD. HEBRA beschriebenen, schweren Form von Pityriasis rubra zu zählen ist, wohl aber zu den gutartigen Fällen, wie sie u. a. BROCQ beschreibt.

Orlow bemerkt demgegenüber, wenn man von einem atypischen Fall spreche, kann man ebensogut von einem atypischen Fall von Psoriasis oder einer Dermatitis sprechen.

Metscherski erwidert, die atypischen Formen der Psoriasis liefern keine Atrophien, sondern nur Infiltrate. Aufser Pityriasis rubra Hebrae käme in diesem Falle nur noch die Acrodermatitis von Herxheimer in Frage.

Orlow kann keine besonderen Atrophien wahrnehmen.

Sokolow findet, dafs die Anamnese gegen Psoriasis spricht, indem diese periodische Besserungen und Verschlechterungen aufweist, während hier der Prozefs langsam, aber stetig zugenommen haben soll.

Orlow bleibt dabei, dafs das Krankheitsbild sehr wenig typisch für Pityriasis rubra ist.

Pospelow gibt zu, dafs der erste Eindruck, welchen der Kranke hervorruft, der einer atypischen Psoriasis ist, dagegen sprechen aber die unzweifelhaften Partien atrophischer Haut, wie das Fehlen der Infiltrate, der Blutaustritte beim Abkratzen der Schüppchen, wie endlich die lamellöse Schuppe selbst. Bei Psoriatikern kommt es oft zu Dermatitiden, so nach Teerbehandlung, aber die Dermatitis kann nicht so lange wie hier dauern. Sie schwindet und das Bild der Psoriasis tritt zutage, was hier fehlt. Der Fall unterscheidet sich von den gewöhnlichen Fällen der Pityriasis rubra, aber gehört zu dieser.

2. Sokolow demonstrierte einen 23jährigen Mann mit **vielfachen Hautgeschwülsten (Granulomen)** und mit Hutchinsonschen Zähnen. Der Anamnese nach hat Patient im Januar 1903 Lues akquiriert und im Frühling desselben Jahres an Haarausfall gelitten. Die Syphilis blieb unbehandelt. Im Sommer 1904 begannen die Geschwülste aufzutreten und am 24. Dezember stellte sich eine Parese der linken oberen Extremität ein. Status praesens: Der blasse, abgemagerte Patient weist neben der Parese der linken, oberen Extremität auf dem Nacken Leukoderma auf, ferner eine periostitische, starke Anschwellung der linken Clavicula und eine Unmasse kleinerer und gröfserer, bald weicher, bald harter Tumoren auf dem Kopfe, dem Halse und dem Körper. Der Fall macht den Eindruck von Gummibildungen bei einem Patienten, der vor kurzem Lues akquiriert hat, als deren Zeichen das Leukoderma anzusehen ist. Da ein Röntgenphotogramm nicht zur Sitzung hat fertiggestellt werden können, behält sich S. vor, das nächstemal auf die Diagnose näher einzugehen.

3. Marzynowski (Gast) sprach über die **Ätiologie des Geschwürs des Orients** und demonstrierte mikroskopische Präparate. Vortragender hat seine Untersuchungen in Jelissawetpol an 16 Fällen angestellt und bei 13 derselben in den Absonderungen der Geschwüre einen der Gruppe der Protozoen angehörigen ovalen Parasiten gefunden, den er als den Urheber des Geschwürs des Orients hält. Dieser Parasit hat Ähnlichkeit mit dem von Wright und dem von Donovan beschriebenen Piroplasma. Den Heydenreichschen Diplococcus sieht Verfasser als zufällige Beimengung an. Eine Übertragung des Geschwürs auf Tiere gelang nicht, wohl aber auf den Menschen, indem Vortragender sich selbst impfte. Er deponierte nämlich Partikel eines exstirpierten Geschwürs bei sich selbst unter der Haut. Nach sieben Tagen entwickelte sich ein Knötchen, welches sich aber nicht in ein Geschwür verwandeln wollte. Vortragender schnitt daher das Knötchen aus und überimpfte es sich nochmals. Wiederum ist jetzt ein Knötchen entstanden, welches weiter beobachtet wird. Als beste Behandlung des Geschwürs des Orients erweist sich die Exstirpation.

Diskussion: Bogrow fragt, wie man sich die Übertragung des Geschwürs denkt?

Marzynowski erwidert, durch Insekten.

Orlow erkundigt sich, welche Körperstellen am häufigsten betroffen werden?

Digitized by Google

Marzynowski entgegnet, das Gesicht und die Hände.

Pospelow fragt, welchen Namen Vortragender dem Parasiten zu geben gedenkt?

Marzynowski sagt, Piroplasma orientale.

Pospelow dankt dem Vortragenden für seine Mitteilung und wünscht ihm Erfolg bei seinen weiteren Untersuchungen.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

September bis Dezember 1904.

Originalbericht von Ludwig Moberg-Stockholm.

Sitzung vom 29. September 1904.

1. Möller demonstriert eine 34jährige Frau mit einer dicken Infiltration der Haut an den Füfsen und den Unterschenkeln, welche seit Beginn des Jahres mit anfallsweise auftretenden Schmerzen sich entwickelt hat. Die Frau wurde vor zwei Jahren mit Lues infiziert, und schon damals hatte M. eine eigentümliche, lebhafte Röte des rechten Beines und der rechten Glutealregion beobachtet. Aufserdem hatte die Patientin Varices und trockenes Ekzem. Nach Angaben der Frau sollen diese Hautveränderungen vor zwölf Jahren nach einem Moskitobifs entstanden sein. Die Infiltration ist bretterhart, hat allmählich zugenommen und erstreckt sich jetzt bis an die Mitte der Oberschenkel. Die Haut ist gerötet und fühlt sich warm an. Die Vena saphena ist als ein harter Strang palpabel. Am Körper ist sonst nichts zu beobachten. Die Patientin fühlt sich matt und ist in der letzten Zeit ziemlich heruntergekommen. M. ist der Ansicht, dafs die Krankheit möglicherweise als **Erythromelalgie** zu bezeichnen ist.

Diskussion: Afzelius kann Möllers Auffassung nicht billigen, glaubt eher, dafs Sklerodermie vorliegt.

Moberg findet es nicht ausgeschlossen, dafs die Hautveränderung von der Syphilis abhängt und dafs die Infiltration und Verdickung der Haut sekundär nach der Erkrankung der Vena saphena entstanden ist.

Möller hält dafür, dafs die diffusen, die ganzen Extremitäten umfassenden Veränderungen entschieden gegen Syphilis sprechen, welche Krankheit die Patientin übrigens mehrere Jahre nach dem Entstehen des eigentümlichen Erythems erworben hat.

Sederholm glaubt nicht, dafs man die Krankheit als Sklerodermie auffassen kann. Das eigentümliche Erythem kann wohl, wie die Patientin angibt, nach einem Insektenstich vor Jahren entstanden sein, aber die Infiltration und Verdickung der Haut ist erst in letzter Zeit aufgetreten und kann möglicherweise syphilitischer Natur sein.

2. Möller demonstriert einen Fall von **Mykosis fungoides**. Die 73 Jahre alte Patientin hat ihre Krankheit erst seit einigen Jahren. Es bestehen sowohl ekzematöse, lebhaft juckende Flächen als Tumoren. Durch die Behandlung mit Röntgenstrahlen und Arsen innerlich war eine auffallende Verbesserung eingetreten.

3. Möller demonstriert einen Fall von **Lichen planus**.

4. Möller demonstriert einen 35jährigen Mann mit **Arthropathia psoriatica**. Der Patient ist im Krankenhause St. Göran an Psoriasis und an Gelenk- und Muskelrheumatismus mehrmals behandelt worden. Im Monat August 1892 wurde er zum ersten Male wegen seiner Psoriasis, einige Monate später wegen Blennorhoea + Arthritis genus sin. + calcanei dextr. aufgenommen. Im Jahre 1895 hatte er wiederum Blennorrhoea + Coxitis sinistra. 1900 hatte er sehr ausgedehnte Psoriasisherde am Rumpf und an den Extremitäten, aufserdem Alkoholismus. 1901 hatte er zweimal Psoriasiseruptionen und wurde jedesmal im Krankenhause behandelt. Die zweite Eruption dieses Jahres war von heftigen Schmerzen der Fufsgelenke begleitet. Die

Hautkrankheit war jetzt erheblich mehr als früher verbreitet. Es bestanden grofse konfluierende Plaques, und die Nägel waren auch angegriffen. 1902 wiederum Psoriasis; 1903 wurde der Patient während beinahe zehn Monaten im Krankenhause wegen seiner Psoriasis und Polyarthritis behandelt. Die Psoriasis war noch mehr verbreitet mit grofsen, juckenden, erythematösen, sehr reizbaren Flecken, und die Krankheit wurde später diffus. Mehrere Gelenke der Finger und Zehen wurden aufgetrieben und sehr schmerzhaft. Es bestand kontinuierliches Fieber, und der allgemeine Zustand hatte sehr gelitten. Zurzeit bestehen seit drei Monaten ähnliche Veränderungen der Haut und multiple Gelenkentzündungen. Der Patient ist doch durch Arsenbehandlung in der letzten Zeit gebessert worden. Dieser Fall von atypischer, erythematöser und exsudativer Psoriasis scheint M. als sehr beweisend für die Existenz eines Zusammenhanges zwischen Psoriasis und Arthritis.

5. Moberg demonstriert eine Frau mit **Trichophytie der Nägel.** Die Patientin hat die Krankheit seit ihrer Jugend und war vor zwei Jahren von M. behandelt worden. Drei Nägel der linken Hand und der Daumennagel an der rechten waren damals angegriffen. M. hatte den Daumen mit 50%igem Pyrogallolöl bis zum Auftreten einer eitrigen Entzündung behandelt (Methode von Campana und Pellizzari). Das Resultat der Behandlung war sehr befriedigend; leider waren die Schmerzen sehr beträchtlich, so dafs die Frau sich dieser Behandlung nicht mehr unterwerfen wollte. Die Nägel der linken Hand wurden dann nur mit Abschaben und Jod- und Sublimatpinselung behandelt. Trotz energischer und lange Zeit fortgesetzter Behandlung wurde Heilung an dieser Hand nicht erreicht.

Im Anschlufs an diesen Fall erwähnt M. einen anderen Fall von Nageltrichophytie, wo die Krankheit als eine Familienkrankheit aufgetreten ist. Aufser bei der Patientin, welche M. beobachtet hat, sind ihrer Angabe nach bei ihren drei Schwestern und ihrer Mutter zwei oder mehrere Nägel in ähnlicher Weise erkrankt. Eigentümlich ist es, dafs die Erkrankung aller Schwestern erst nach der Pubertät bemerkt worden ist.

Diskussion: Sederholm findet die Trichophytie der Nägel nicht besonders selten. Gewöhnlich sind mehrere Nägel angegriffen, und man kann oft dabei Trichophytie an der Haut in der Umgebung, einigemal sogar an den Handflächen entdecken. S. behandelt die Nageltrichophytie mit Kalilaugenumschlägen, Abschaben der Nägel und Sublimatumschlägen nach Harrisons Angabe.

Afzelius versucht gewöhnlich die chirurgische Entfernung der Nägel, wenn nicht zu viele Nägel angegriffen sind.

6. Almkvist demonstriert einen Fall von **Herpes tonsurans maculosus.**

7. Almkvist demonstriert einen Fall von **Lichen planus.**

Sitzung vom 26. Oktober 1904.

1. Afzelius demonstriert einen 60jährigen Mann mit einem **chronischen Ödem im Gesicht.** Im vergangenen Sommer hielt sich Patient eine Zeit lang an der Meeresküste auf, wo er sich häufig starkem Sonnenschein aussetzte und dann das Gesicht oft mit kaltem Wasser abzukühlen pflegte. Nach einiger Zeit entstand auf der Stirn ein Ausschlag, der nicht oder unbedeutend juckte, und der später in ein hartes Ödem überging, das noch nach vier Monaten unverändert besteht. Einige Wochen durch verbreitete sich die Veränderung auch nach den Wangen. Die Haut ist nun von der Stirn bis zum Kieferrande hochrot, geschwollen und hart, kann nicht in Falten erhoben werden, ist aber sonst schlicht und ebenmäfsig. Weder Jucken noch Schmerz; trotz der Behandlung ist keine Veränderung eingetreten.

2. Almkvist demonstriert eine 71jährige Frau mit einer **diffusen Anschwellung der rechten Hälfte der Unterlippe**, die sich im Laufe von zwei Jahren allmählich

ausgebildet hat. Die Farbe ist an dieser Stelle blaurot, die Epidermis ist über der in dem subcutanen Bindegewebe lokalisierten Anschwellung unverändert.

Diskussion: Lewin hat einen ähnlichen Fall gehabt. Die weiche, teigige Infiltration hatte hier auf der rechten Seite begonnen und sich über die ganze Unterlippe verbreitet. Vielleicht beruhte sie auf Lymphstase. Massagebehandlung während eines Monats hatte keine erhebliche Verbesserung gebracht.

Sederholm fügt hinzu, dafs in dem von Lewin erwähnten Falle sich zuerst ein Rifs in dem rechten Teile der Lippe vorgefunden hatte. Das Ödem kann möglicherweise durch Infektion von äufserlichen Beschädigungen an solchen peripheren Teilen mit schlechter Zirkulation entstanden sein.

Afzelius weist darauf hin, dafs in dem demonstrierten Falle das Ödem vielleicht durch Reizung von seiten des einzigen Zahnes der Patientin, der mitten vor der angegriffenen Stelle safs, entstanden sein kann.

3. Almkvist demonstriert ein 64jähriges Fräulein mit ausgebreiteter **Ichthyosis.** Die Krankheit, welche seit dem ersten Lebensjahre der Patientin bestanden hat, war nach einer längeren Zeit der Besserung mit dem zunehmenden Alter wieder schlimmer geworden.

4. Afzelius spricht über die **Behandlung von Psoriasis mit elektrischen Lichtbädern.** Er hatte im Sommer einige Fälle mit täglichen Lichtbädern von zirka 20 Minuten Dauer behandelt (80 Glühlampen und 3 Bogenlampen von zirka 9 Ampères). In diesen Fällen war das Resultat ein gutes geworden, und A. forderte deshalb zu Versuchen mit solcher Behandlung auf, am liebsten gleichzeitig mit innerer Anwendung von Arsen in kleinen Dosen.

5. Cronquist demonstriert ein von ihm zusammengesetztes **prophylaktisches Mittel gegen Blennorrhoe.** Es bestand aus kleinen Gelatinestäben, welche Albargin enthielten und nach einem verdächtigen Coitus in die Urethra hineingeführt werden sollten.

6. Marcus berichtet über acht Fälle von **gangränösen Genitalgeschwüren,** welche während der letzten zwei Jahre in Professor Welanders Krankenhausabteilung behandelt worden sind. In den Fällen, welche M. histologisch untersucht hat, waren die von Vincent, Matzenauer und Róna beschriebenen Bazillen angetroffen worden.

7. Möller berichtet über den weiteren Verlauf des von ihm in der vorigen Sitzung demonstrierten Falles als vielleicht über einen Fall von **Erythromelalgie,** der aber von anderen als Lues verdächtigt worden war. Trotz starker luetischer Behandlung war indes keine Veränderung eingetreten.

Sitzung vom 24. November 1904.

1. Afzelius demonstriert ein 23jähriges Fräulein mit **Erythema multiforme** von ungewöhnlichem Verlauf. Der Ausschlag trat zum ersten Male vor 2½ Jahren auf, einige Wochen nachdem die Patientin von einem Zahnarzt behandelt worden war und wurde zuerst im Munde, etwas später an den Füfsen und Händen bemerkt. Seitdem hat die Krankheit — abgesehen von einem Intervalle von zehn Wochen in diesem Jahre — kontinuierlich bestanden. Im Munde beginnt der Ausschlag als eine begrenzte Rötung, bald aber löst sich die Epidermis ab, und kleine Geschwüre entstehen. Die Effloreszenzen sitzen an den Händen, sowohl an den Volar- als Dorsalflächen der Finger und sind bald als Erythema papulatum (pernio-ähnlich), bald als Erythema versiculosum, Iris oder circinatum zu bezeichnen. Die Patientin ist etwas anämisch und nervös, aber sonst gesund.

2. Stenbeck stellt eine Frau mit **Röntgendermatitis** vor, welche nach einer einzigen, sehr kurzen, nur einige Minuten dauernden Behandlung entstanden ist.

3. Müllern-Aspegren demonstriert einen Patienten mit **sekundärluetischen Nagelveränderungen.**

4. Müllern-Aspegren demonstriert einen 29jährigen Herrn mit einer eigentümlichen **symmetrischen Nagelaffektion** der beiden Zeigefinger. Die Krankheit beginnt an der Radialseite, wo der Nagel eine schmutziggelbe Farbe bekommt; er löst sich dann von der Matrix ab und wird uneben, rissig und spröde. Die Nägel sind etwas empfindlich. Keine Pilze sind gefunden worden. Der Patient, der vor elf Jahren mit Lues infiziert worden ist, ist sonst gesund, und antisyphilitische Behandlung ist resultatlos gewesen.

5. Moberg stellt einen Patienten mit **Alopecia areata** vor. Die Krankheit besteht seit 4½ Jahren und hatte vor zwei Jahren eine vollständige Kahlheit herbeigeführt. Auch die Augenbrauen waren zum gröfsten Teil weggefallen. Etwas später wuchsen die Haare wieder auf einem kleinen Flecke am Scheitel, danach aber ist ein Stillstand eingetreten bis Mai dieses Jahres, wo die Haare nach einer energischen Chrysarobinbehandlung auf einem gröfseren Gebiete wiederkehrten. Nach einer neuen energischen Kur in diesem Herbst hat das bewachsene Gebiet sich wiederum vergröfsert, so dafs zurzeit nur die zuerst angegriffenen Flecke kahl sind. Die Augenbrauen sind jetzt auch normal. Interessant ist der, wie es scheint, regionäre, regelmäfsige Wiederwuchs der Haare.

6. Moberg demonstriert ein junges Fräulein mit **papulo-nekrotischen Tuberkuliden.** Die Krankheit besteht seit einigen Jahren, und zurzeit sind sehr typische Effloreszenzen und charakteristische Narben an den Händen, Ellenbogen und am linken Knie zu sehen. Das Fräulein hat einige, wahrscheinlich tuberkulöse Halsdrüsen, scheint sonst gesund zu sein. Ihre Mutter ist an Lungentuberkulose gestorben.

7. Moberg demonstriert ein dreijähriges Kind mit **Lichen scrophulosorum.**

8. Almkvist stellt einen Knaben mit **Favus disseminatus corpus** vor.

9. Almkvist demonstriert einen älteren Herrn mit einer eigentümlichen, seit 27 Jahren bestehenden Affektion im Gesicht. Die Krankheit ist zuerst an der Unterlippe als eine kleine akneähnliche Effloreszenz aufgetreten und hat sich später auf das Knie, die Oberlippe, Nase und Stirn verbreitet. Die Unterlippe ist atrophisch mit zahlreichen Narben, ähnliche Veränderungen sind an der Nase und an der Stirn, wo man auch zum Teil einzelne, zum Teil konglomerierte erbsengrofse Knötchen beobachten kann. Die Augenlider sind infiltriert und gerötet. Es bestehen im Gesicht überall grofse Teleangiektasien, so dafs das Bild einer **Acne rosacea** nicht unähnlich ist.

Der Patient reagiert nicht auf Tuberkulin, 2 mg.

Diskussion: Möller erinnert an einen von ihm publizierten Fall von Acne teleangiectodes, welcher diesem Falle ähnlich ist.

Sederholm findet es nicht unwahrscheinlich, dafs dieser Fall vielleicht eine Blastomykose ist.

10. Sederholm demonstriert ein 16jähriges Mädchen mit einem riesigen **Naevus pigmentosus et pilaris.** Der Naevus ist symmetrisch fast über den ganzen Rücken verbreitet, besitzt sehr starke Pigmentierung und ist über der Kreuzregion dicht mit Haaren bewachsen. Im Gesicht und am übrigen Körper sind eine Menge Pigmentnaevi zerstreut. Auch an den Handflächen und Fufssohlen beobachtet man glatte Pigmentnaevi. Die weiteren Naevi des Gesichtes sind durch oberflächliches Abschaben und Galvanokaustik mit befriedigendem Resultate entfernt worden.

Sitzung vom 15. Dezember 1905.

1. Müllern-Aspegren stellt einen Fall von **Ulcus gangraenosum penis** mit Symptomen von allgemeiner Infektion vor. Der Patient, ein 29jähriger Barbier, **hatte**

Digitized by Google

sich im Oktober mit Blennorrhoe infiziert und wurde mit Spülungen behandelt. Im November bemerkte er an der rechten Lippe der Urethralmündung eine oberflächliche Exkoriation, welche wahrscheinlich bei Entfernung von eingetrocknetem Sekrete entstanden war, und er ätzte dann diese Exkoriation mit einem Höllensteinstift. Derselbe Stift wurde in seinem Geschäft zur Behandlung verschiedener, oft unreiner Geschwüre gebraucht. Nach einigen Tagen entwickelte sich ein typisches Geschwür mit bretterharter, infiltrierter Umgebung und gelatinösem, grauschwarzem Grund. Binnen einigen Tagen war die Urethralmündung in ein ziemlich grofses und schmerzhaftes Geschwür umgewandelt. Schon Ende November wurde eine fluktuierende Anschwellung der rechten Inguinaldrüsen bemerkt, welche doch nach kurzer Behandlung nach Lang geheilt wurde. Zur selben Zeit ist am Rumpfe ein pustulöses Exanthem aufgetreten. Einige der im Beginne papulösen Effloreszenzen heilten ohne Geschwürsbildung ab bei anderen bildete sich eine zentrale Nekrose, umgeben von einer roten erhabenen Randzone aus. Nach Abstofsen des nekrotischen Schorfes blieben bis markstückgrofse Ulcerationen mit grauweifsem Grunde zurück. Sie wurden mit Jodoformpuder behandelt und reinigten sich allmählich. Der Ausschlag war von intermittentem Fieber und schweren rheumatischen Schmerzen begleitet.

2. Sederholm stellt ein 18jähriges Mädchen mit **einer pustulösen Hautkrankheit** vor, welche seit zwei Monaten ohne irgendwelche subjektive Beschwerden besteht. Die Effloreszenzen, welche besonders an den Extremitäten zerstreut sind, beginnen als kleine, oberflächliche Bläschen, später wird die Umgebung gerötet, und im Zentrum entsteht eine kleine oberflächliche Ulceration mit scharfen Rändern, welche langsam unter Zurücklassung einer Narbe heilt. Am Unterschenkel besteht ein gröfseres und tieferes, rundliches Geschwür mit übelriechenden, gangränösen Fetzen. Der Allgemeinzustand ist nicht beeinträchtigt. Keine geschwollenen Drüsen, keine Tuberkulose. Die Krankheit ist wahrscheinlich nur ein Ekthyma.

3. Müllern-Aspegren bespricht seine Erfahrungen **über die Behandlung der Uterusblennorrhoe mit Lygosinnatrium.** Er hat im ganzen acht Fälle behandelt, und in sieben Fällen waren die Resultate sehr gut. Nach gewöhnlich drei bis vier Wochen waren keine Gonokokken mehr im Sekrete zu finden.

Diskussion: Sundkvist hat dagegen wenig Erfolg mit Lygosinnatrium gehabt und hörte bald mit diesem Mittel auf.

Schlossberg hat im Krankenhause St. Göran einige Versuche bei der Blennorrhoe der Urethra des Mannes damit gemacht, das Mittel aber scheint ziemlich ohne Wert zu sein.

Sandmans Erfahrung stimmt mit Sundkvists überein.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. Pollitzer.

Sitzung vom 15. März 1905.

Ullmann stellt vor einen 26jährigen Kellner mit mehreren Herden von **Sklerodermie en plaques** am rechten Oberschenkel und über dem rechten Rippenbogen, für deren Entstehen die anamnestischen Angaben von einem Drucke durch die über diesen Stellen liegenden Münzen nicht von der Hand zu weisen sind. Ebenso entspricht eine kleine Stelle am Halse dem Drucke eines Hemdknopfes. Die Untersuchung des Urins ergab keinen Anhaltspunkt für eine bestehende Autointoxikation.

Diskussion: Ehrmann hält seine Ansichten über die toxische Ätiologie der Sklerodermie fest, die meist in anderer Form, als Erythem, Urticaria oder Ekzem

beginnt, wie in einem Falle universeller Sklerodermie, den er jetzt beobachte. Viel weniger spricht für eine neurotische Grundlage der Affektion.

Spiegler hält diese Auffassung für einseitig; die Sklerodermie, ein erstarrtes Ödem, kann nach jeder Form der Entzündung, ob toxischer oder mechanischer Ursache entstehen; für letzteres Moment habe er ja beweisende Fälle schon vorgestellt.

Ehrmann: Die histologische Untersuchung spricht gegen die Auffassung der Sklerodermie als dauerndes Ödem; es findet sich nur dichtes Bindegewebe und wenig oder keine Lymphgefäfse; daher ist alles, was Hyperämie und Gefäfserweiterung erzielt, therapeutisch von Vorteil.

Neumann bespricht die atrophische Form des vorliegenden Falles und die Histologie der Sklerodermie im allgemeinen.

Mraček verweist auf seine seinerzeitigen Untersuchungen über den Zusammenhang von Intoxikationsprozessen und Hautaffektionen.

Ehrmann stellt vor:

1. eine **Atrophia cutis idiopathica**, seit zwei Jahren bestehend, im ersten Stadium, mit netzförmigen, elemierten, roten Flecken an den Ellenbogen.

2. eine **Syringomyelie mit Mal perforant** an der Beugeseite beider grofsen Zehen. Die Röntgenuntersuchung ergab auch Konsumption des Knochens an dieser Stelle.

Diskussion: Neumann weist auf das ähnliche Mal perforant bei Lepra und Endarteritis luetica hin.

Spitzer demonstriert:

1. ein **Tuberculid papulo-necrotique** bei einem 3½jährigen Kinde mit Skrophulodermaherden am Gesäfs und in inguine und einer Spina bifida am rechten Zeigefinger.

2. **Soor** auf der Uvula und Epiglottis, seit zwei Tagen bei einem Tuberkulösen bestehend.

Diskussion: Neumann: Soor findet sich oft auch sekundär auf dem Boden eines tuberkulösen Geschwürs, seltener bei Erwachsenen als bei Kindern.

Nobl zeigt ein 27jähriges Mädchen mit **Lues hereditaria tarda**; Zerstörung des Filtrum, knorpeligen und knöchernen Nasengerüstes, Narben an den Gaumenbögen. Die Krankheit besteht seit dem 16. Lebensjahre. Der Vater war mit Lues in Behandlung; sechs vorausgegangene Geschwister sind in frühem Alter gestorben.

Weidenfeld demonstriert:

1. eine etwas annulär angeordnete und daher an Syphilis erinnernde Form von **Tuberculosis verrucosa cutis**.

2. zwei Herde von **Lupus miliaris** im Gesichte eines 30jährigen Mannes, einer auf der Narbe eines excochleierten Lupus.

Ullmann zeigt einen Knaben mit **Prurigo gravis** und stets normalem Urinbefund.

Mraček stellt vor:

1. eine 56jährige Frau mit einem seit 1872 bestehenden und wiederholt auf der Klinik behandelten **Pemphigus circinatus**. Zahlreiche Nachschübe am Rande der ausgebreiteten Pigmentationen an der Bauch-, Brust- und Rückenhaut.

2. eine Patientin, die bei ihrem Spitalseintritte im August 1904 besonders reichlich am Rücken vielfach circinnäre, lebhaft rote Flecken zeigte, die monatelang mit geringer Änderung anhielten und für ein toxisches Erythem gehalten wurden. Im Oktober traten dann plötzlich Blasen auf. Jetzt sieht man im Gesichte, auf den Schultern, Rücken- und Bauchhaut einzelne, bis handtellergrofse blafs- oder leicht bläulichrote, wenig infiltrierte Herde, daneben aber gröfsere, konfluierte, leicht

nässende, meist gyrierte Flecken, die ebenfalls als **Pemphigus serpiginosus** aufgefaßt werden müssen.

Diskussion: WEIDENFELD hält den zweiten Fall für ein prämykotisches Exanthem. KAPOSI beobachtete einmal eine jahrelang an Blaseneruptionen leidende Frau, die endlich eine ausgebreitete Mykosis fungoides bekam.

SPIEGLER hält es dagegen für jene Art des Pemphigus, bei der vorwiegend Erytheme auftreten, die geringe Exsudation im Auftreten kleinster Bläschen bestehe, die rasch einreihten. Die Diagnose prämykotisches Exanthem wird viel zu häufig gestellt, wenn man deren grofse Anzahl der kleinen Reihe der dann wirklich auftretenden Mykosis fungoides gegenüberhält.

OPPENHEIM zeigt einen Fall von circumskripter Hautatrophie, der **Anetodermia JADASSOHNS**. An der seitlichen Thoraxwand leicht prominente, weiche Tumoren, Haut darüber gefältelt. Am Oberschenkel links lividrote, nicht gefältelte Stellen, daneben solche, deren Zentrum weifs, leicht emporragend und bereits gefältelt ist.

Diskussion: GROSZ sah solche Formen auch nach Lues auftreten, wie es auch von FOURNIER und MIBELLI beschrieben wird.

SCHERBER demonstriert:

1. eine **Sklerose** der Oberlippe mit Exanthem.
2. ein **Ekzem en plaques**, scharf kreisförmig wie ein Herpes tonsurans; Pilzbefund negativ.
3. einen dunklen **Naevus pigmentosa pilosus** an Hals und Schulter.
4. vier schwere grobpapulöse und pustulöse **Syphilide**.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1905. Bd. 74. Heft 1.

I. **Über eine eigenartige Hauttuberkulose, gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis der Verkalkung in der Haut**, von ALFRED KRAUS-Prag. Ein kümmerlich ernährtes 15jähriges Tagelöhnerskind von sehr grazilem Knochenbau zeigte folgende Erscheinung: An der Ulnarseite des linken Vorderarmes eine durch die bedeckende Haut als äufserst derbe Resistenz tastbare, sich etwas über das Niveau der Umgebung vorwölbende, multiple Knoten- bezw. Strangbildung. Zwei Querfinger oberhalb des Carpo-Ulnargelenkes ein leicht livid durch die Oberhaut schimmernder, der Haut selbst angehöriger, über der Unterlage leicht verschieblicher Knoten, welcher sich mittels eines gleichfalls der Haut selbst angehörigen derben Stranges in zwei, etwa 1½ cm weiter proximalwärts gelegene Knoten annähernd gleicher Beschaffenheit fortsetzt. Die bedeckende Haut schimmert auch an diesen beiden Knoten blaurötlich durch und bietet an ihrer Oberfläche keinerlei grobe Veränderungen dar, abgesehen etwa von einer leichten Pigmentbildung. Bei Bewegungen im Handgelenke, die völlig frei ausgeführt werden, ist eine Mitbewegung der Knochen nicht zu konstatieren, die Knoten sind sämtlich sehr derb und nicht schmerzhaft. An der Aufsenseite des linken Oberarmes, ungefähr der Mitte desselben entsprechend, ein kleinerbsengrofses, den tiefen Schichten der Haut selbst angehöriges, mit dieser über der Unterlage leicht verschiebliches Knötchen. Es tastet sich durch die Haut sehr derb, ist nicht schmerzhaft, die bedeckende Haut normal. Lymphdrüsen nicht vergröfsert am linken Arm,

dagegen teigige Schwellung der supraklavikularen, nuchalen und inguinalen Drüsen. Die Diagnose neigte sich zuerst dem Sarkoid zu. Aufschlufs gab die histologische Untersuchung. In den Tumoren zeigten sich Einlagerungen von Kalk. In dem einen Knötchen fand sich das ausgesprochene histologische Bild der Tuberkulose, bestehend aus epitheloiden Tuberkeln mit zahlreichen Riesenzellen und Verkäsung. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden. Es wurde dann eine diagnostische Injektion von 5 mg Tuberkulin (alt) vorgenommen, welche sofort lokale Reaktion bewirkte. Es handelt sich also um eine, aus multiplen, unregelmäfsig über den Körper zerstreuten Einzelherden bestehende Affektion tuberkulöser Natur mit Übergang in Verkalkung. Die Erkrankung begann als tuberkulöses Infiltrat in der Subcutis, zog die Cutis in Mitleidenschaft und ging endlich eine regressive Metamorphose als Verkalkung ein.

II. **Ein Fall von Darierscher Krankheit**, von Hugo Fasal-Wien. Ein 34jähriger Wäscher, dessen Mutter an einer ähnlichen Hautkrankheit litt, leidet seit seinem achten Lebensjahre an einer Krankheit, welche sich allmählich mehr und mehr ausbreitete und jetzt deutlich alle Symptome der Darierschen Krankheit zeigt; der Patient zeichnet sich durch einen eigentümlichen unangenehmen Geruch aus. Befallen sind der ganze Körper, Kopf, Gesicht, Hals, Extremitäten. Der Fall zeigt den innigen Konnex zwischen Psorospermosis und Reizung. Dort, wo längere Zeit ein Pflaster der Haut aufgelegen hatte, traten zahlreiche, der Psorospermosis entsprechende Einzeleffloreszenzen auf. Am Rücken und am rechten Arm, wo nach Exzisionen Keloide auftraten, sind diese umgeben von einem scharf begrenzten Kreis von Knötchen. Der mikroskopische Befund bestätigt die Diagnose. Die Corps ronds und grains Dariers fanden sich sehr zahlreich, erstere waren am zahlreichsten an der Basis der Hornzapfen zu finden, auch im Stratum granulosum kamen sie häufig vor, weniger zahlreich waren die Grains, kleinere unregelmäfsigere Gebilde, häufig ohne Kern, in den oberen Epidermislagen vorkommend, zu sehen. Zwischen diesen Körpern und den Epidermiszellen fanden sich viele Übergangsformen. Im Stratum mucosum ist die grofse Anzahl der Mitosen auffallend. Keratohyalin und Eleidin ist im Protoplasma reichlich vorhanden, das Pigment ist stellenweise vermehrt, besonders die Cylinderzellen sind stark pigmenthaltig. Die Zellen des Stratum granulosum, die sonst länglich sind, nehmen eine mehr runde Form an und häufen sich an der Basis des Hornzapfens zu einer fünf- bis sechsfachen Schicht.

III. **Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox)**, von H. J. Schlasberg-Stockholm. Nach einer Zusammenfassung der bisher beschriebenen Fälle teilt Verfasser zwei Fälle mit, die er selbst beobachtete, als kasuistisches Material dieser seltenen Affektion. Die Behandlung erfolgte mit Finsenlicht. Die Effloreszenzen werden erst gekratzt und galvanokaustisch gebrannt, bevor man das Licht einwirken läfst. Eine kräftige Reaktion tritt ein, und die Heilung geht sicher, wenn auch langsam, vorwärts. Die Knötchen an der Schleimhaut werden mit Galvanokaustik behandelt. Der Lupus follicularis ist jedenfalls eine ungewöhnliche Form der Hauttuberkulose, die Tilbury Fox zuerst in drei Fällen beschrieben hat.

IV. **Ein Fall von Malleus acutus**, von P. L. Bosellini-Bologna. Eine 59jährige Frau kam mit typischem Malleus acutus in B.s Behandlung und starb nach 40—50tägiger Krankheitsdauer. Es handelte sich um eine durch vacciniforme Hautpusteln charakterisierte, von katarrhalischen Affektionen der Luftwege, allgemeinen Phänomenen und Nephritis haemorrhagica begleitete Infektionsdermatose. Die bakterioskopische Untersuchung und das am Tiere vorgenommene Experiment bewiesen, dafs es sich zweifellos um Malleus acutus handelte, welche Patientin sich bei der Manipulation mit Abfällen rotzkranker Tiere an der Hand zugezogen hatte. Von da ging der Prozefs binnen zwei Wochen auf den ganzen Organismus über. Das

Fieber erreichte 40° und fiel rasch ab; Milztumor fehlte. Zum Schlusse gibt Verfasser die klinischen, anatomischen Syndrome des Malleus acutus an, insoweit er Symptome besitzt, welche diese Krankheit unter die akuten Dermatosen zu stellen berechtigen, und zwar:

a) An der Haut: Blasenpusteln, mit Nabel und markiertem vacciniformen Charakter, entstanden infolge zentralen Schorfes, welche sich peripher ausbreiten, zusammenfliefsen, denen Bildungen eruptiv-ulceröser Oberflächen mit pyoider Sekretion folgen werden, auf denen sich hier und da nekrotische Schorfe erhalten. Es tritt ein hartes Ödem erysipelatoider Natur und mit ihm Anschwellung der nächsten Lymphdrüsen hinzu.

b) An den Schleimhäuten: schleimig-eitrige reichliche Sekretion aus den oberen Luftwegen mit Schmerzen und Verstopfung der Wege.

Das Krankheitsbild wird von einem erhöhten Fieber, verschiedenen Komplikationen der Organe, vorzugsweise durch Nephritis haemorrhagica, vervollständigt. Das Granuloma mallei ist histologisch durch eine fixe Bindegewebszelle charakterisiert, welche gegenüber dem Virus die spezifische Reaktion des Bindegewebes vorzustellen scheint.

V. **Zur Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie,** von Julius Baum-Berlin. Die wirksame Substanz der Nebennieren hat als Heilmittel schnell Bedeutung gewonnen, indem man ihre Wirkung auf den Zirkulationsapparat bei innerlicher oder subcutaner Darreichung zu verwerten suchte. Auf die Schleimhäute hat sie bei lokaler Anwendung eine stark anämisierende Wirkung. Verfasser berücksichtigt nun die lokale Wirkung und Verwendung der Substanz und die Allgemeinwirkung, insoweit sie mit Hautaffektionen in Zusammenhang steht. Die Aufpinselung z. B. auf Nasenschleimhaut bewirkt schon nach einer Minute vollkommene Anämie. Dieser Anämie liegt eine Blutleere im Kapillarsystem zugrunde; diese ist nur möglich durch Kontraktion der zuführenden Arterien oder der Kapillaren. Es fragt sich nun, welches der Angriffspunkt der Substanz ist, ob die Gefäfswand selber oder die Gefäfswandnerven, durch deren Beeinflussung eine Gefäfsverengerung bewirkt würde. Es scheint bewiesen, dafs das erstere der Fall ist, und dafs die Wirkung die platten Muskelfasern betrifft bei den Arterien und Venen. Festzustellen bleibt noch, ob auch die Kapillaren sich aktiv kontrahieren oder nur kollabieren infolge mangelnder Füllung vom arteriellen System her. Die Versuche Verfassers ergaben, dafs die Anschauung von einer Wirkung des Nebennierenextraktes auf die Kapillaren nicht erwiesen ist.

Was die Wirkung auf die Haut des Menschen betrifft, so steht fest, dafs durch die intakte Epidermis Nebennierensubstanz nicht eindringt, also auch nicht wirkt, erst bei Epithelläsion tritt Wirksamkeit ein. Die Nebennierensubstanz ist also direkt ein diagnostisches Mittel dafür, ob die Haut an irgend einer Stelle von Epithel entblöfst ist oder nicht, man entdeckt dadurch oft sonst unsichtbare Substanzverluste. Will man eine Wirkung ohne Substanzverlust, so mufs man die Substanz durch Kataphorese einführen. Die Wirkung ist eine leichenartige, alabasterfarbene Blässe; es kommt zur Anämie und zur Kontraktion der Arrectores pilorum; es entsteht eine richtige Gänsehaut; dieses geschieht auch bei subcutaner Injektion an der Injektionsstelle. Die Schnelligkeit und Dauer der Wirkung ist recht verschieden, sie hängt von der Konzentration der Lösung und von der Gröfse des Substanzdefektes ab. Schlechte Ernährung des Gewebes ist eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Adrenalins. Es sind auch verschiedentlich Nekrosen an der Haut seniler Menschen beobachtet. Lösungen in Salbenform waren wirkungslos, ebenso Zusammensetzung einer überfetteten Seife mit Adrenalin. (Fortsetzung folgt.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Dermatologisches Centralblatt.
Band VIII. Heft 5. Februar 1905.

Radikale Heilung von Narbenstrikturen der Urethra mittels der elektrolytischen Nadel, von SELHORST-Haag. Das Verfahren ist folgendes: Nach Erweiterung der Striktur mit BENIQUÉ-Bougies oder im Notfall Urethomia interna bis Charrière 23 wird die Urethra ausgespült mit einer Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum, danach der passende Tubus des OBERLÄNDERschen Urethroskops eingeführt bis durch die Striktur. Vorsichtig zieht man den Tubus zurück, bis sich das Strikturgewebe im Lumen zeigt. Jetzt wird die in ihrer ganzen Länge isolierte Nadel, welche in eine starke, 2 cm lange Platinspitze ausläuft, je nach der Gröfse und Härte der Striktur $^1/_2$—1 cm tief in das Strikturgewebe hineingestofsen. Die Nadel ist der negative Pol einer galvanischen Batterie, deren positiver Pol einem Oberschenkel angelegt ist. Der 4—6 Milliampères starke Strom wird drei Minuten durchgeleitet, dann die Nadel an einer anderen Stelle eingeführt. Diese Operation kann man in einer Sitzung vier- bis fünfmal wiederholen. Bei grofsen und tiefgehenden Strikturen finden anfangs zwei Sitzungen in der Woche statt, später eine. Eine Spülung schliefst sich stets an. Während der Behandlung wird wöchentlich einmal ein Bougie eingelegt und nachher gespült. Oft genügen drei bis vier Sitzungen, bisweilen mufs man monatelang behandeln. Die grauweifse Farbe der Striktur wird allmählich blafsrot, die Oberfläche glatt und glänzend. Der Erfolg ist stets gut, wie beigegebene Krankengeschichten demonstrieren; unangenehme Folgezustände fehlten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.
Band XVI. Heft 12.

1. **Radikale Heilung von Narbenstrikturen der Urethra mittels der elektrolytischen Nadel,** von B. SEELHORST-'s-Gravenhage. (Deckt sich wörtlich mit dem Artikel im *Dermatologischen Centralblatt*, Bd. VIII, Heft 5, siehe oben.)

2. **Über den Nachweis von Milchzucker im Harne,** von HANS MALFATTI. Der Harn enthält gewöhnlich nur $^1/_4$—$^1/_2$%, selten 1% Milchzucker. Der Nachweis des Milchzuckers geschieht dadurch, dafs man zu 5 ccm Harn etwa die Hälfte seines Volumens starke Ammoniakflüssigkeit zusetzt, zirka fünf Tropfen Kalilauge zufügt und das Ganze in ein heifses, aber nicht siedendes Wasserbad setzt. Nach zirka fünf Minuten tritt eine sich allmählich verstärkende Rotfärbung auf.

P. Taenzer-Bremen.

Monatsberichte für Urologie.
1905. Band X, Heft 2.

Über die Streptotricose der Harnwege, von CARMELO BRUNI-Neapel. (Übersetzt von O. MANKIEWICZ.) In dem Falle von BRUNI handelte es sich um einen Kranken mit unheilbarem Blasenkatarrh (Cystite rebelle der Franzosen), bei welchem die bakteriologische Prüfung des Urins die Streptotrixorganismen fast in Reinkultur ergab; gleichzeitig bestand Blasentuberkulose, welcher Patient auch erlag. Die im Anschlufs an diesen Fall von B. im hygienisch-bakteriologischen Laboratorium von Neapel ausgeführten Untersuchungen mit Streptotrix und Streptotrixkulturen ergaben folgende Schlufsfolgerungen: 1. Der menschliche Harn ist ein für die Kultur der Streptotrix sehr geeignetes Substrat. 2. Die Streptotrix können lokale Veränderungen in den Harnwegen gewisser Tierarten und Allgemeinstörungen, wie die Kachexie, ver-

ursachen. 3. Es ist unmöglich, die Streptotrix in den Harnwegen der Menschen zu finden; sie verursachen dort Veränderungen, welche den durch andere bekannte pathogene Mikroorganismen (welche? Ref.) hervorgerufenen Läsionen sehr ähnlich sehen.

Über einen Fall von angeborenem Nierenmangel (Aplasia s. Agenesia renis), von P. J. Owtschinnikow-Kasan (Rufsland). (Übersetzt von M. E. Lubowski.) Zur Kasuistik dieses seltenen Entwicklungsfehlers nebst ausführlicher Literaturangabe und pathologisch-anatomischen Einzelheiten. *Stern-München.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Bd. II. Heft 2.

Über die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt, von G. Brendel-Bad Kreuznach. (Schlufs.) Auf operativem Gebiete sind besonders interessant die Versuche, welche gemacht worden sind, um bei Obliteration der Ausführungsgänge von Hoden und Nebenhoden nach Blennorrhoe eine Anastomose zwischen Vas deferens und Hoden herzustellen. Ferner sind die Fortschritte auf dem Gebiete der Ureterenchirurgie höchst bemerkenswert. Von neueren Medikamenten bespricht B. das Unguentum Credé, das, ebenso wie 25%ige Guajakolsalbe, bei blennorrhoischer Epididymitis sich nützlich erweist; ferner das Yohimbin, das Extractum hydrastis canadensis (bei sexueller Neurasthenie mit Prostatorrhoe und Spermatorrhoe), das Urotropin, Helmitol und Hetralin (bei Blasenaffektionen), die Nebennierenextrakte (Adrenalin, Suprarenin, Epirenan, Atrabilin), sowie die Verwendung des Paraffins zur Injektion um die Blasenöffnung bei Incontinentia urinae der Frauen. Ferner sind als die bedeutsamsten Errungenschaften der Neuzeit die Röntgenstrahlen, die Cystoskopie und Cystophotographie und die Ureterenkatheterisierung in ihrer erweiterten Anwendung zu erwähnen.

Über die Massage der Prostata an der Samenblase, von A. Hennig-Königsberg i. Pr. (Schlufs.) Als Indikationen für die Anwendung der Massage bei der Prostata sind zu nennen: 1. Einfache Kongestionszustände, 2. einfache, unkomplizierte, katarrhalische Prostatitis, 3. subakute Prostatitis mit Hypersekretion ohne manifeste Infektion, 4. chronische Prostatitis, mag diese bedingt sein durch Gonokokkeninfektion oder durch Staphylo- oder Streptokokken, oder auf aseptischer Basis beruhen, 5. die chronische Entzündung der hypertrophischen Drüse, 6. Prostataabscefs, 7. Neurose der Blase, sei es im Verein mit allgemeiner Hyperästhesie der Prostata oder mit Spasmus des Sphinkter und der Detrusoren, 8. sexuelle Neurasthenie, 9. Astheno- und Nekrospermie und 10. Atrophie der Vorsteherdrüse. Für die Massage der Samenblase, welche, wie Verfasser ausführt, im ganzen nicht genügend gewürdigt wird, bestehen ähnliche Indikationen. Als Kontraindikationen der Prostatamassage sind zu nennen: 1. Akute Entzündung, 2. subakute Blennorrhoe, 3. harte, trokene Prostatahypertrophien ohne resorbierbare Elemente, 4. Blutungen, 5. Tuberkulose, 6. Lues, 7. Myome, 7. bösartige Tumoren. — Zum Schlufs drückt H. seine Ansicht aus, dafs, entgegen der Meinung Posners, die Behandlung der Prostataleiden Sache des Spezialisten und nicht des allgemein praktischen Arztes sei.

Über Massage der Harnröhre, von Boss-Strafsburg i. E. Die bisherigen vereinzelten Empfehlungen der Harnröhrenmassage haben nicht allgemeine Anerkennung gefunden, trotzdem es bei den unbestrittenen Erfolgen der Massage in der Beseitigung entzündlicher Überreste an anderen Körperteilen anzunehmen wäre, dafs diese Methode auch bei Infiltraten und Verdickungen der Urethralschleimhaut wirksam sein müfste. B. hat nun seit 1½ Jahren einen ihm von Reiniger, Gebbert und Schall verfertigten Apparat in Verwendung, mit welchem er sehr erfreuliche Resultate erzielt hat. Der-

selbe besteht aus einem Handgriff, welcher eine durch Elektrizität getriebene Welle trägt. An letztere wird eine mit Olive (Charrière 21—27) versehene Sonde befestigt, welche nach Einführung in die Harnröhre rotierende und vibrierende Bewegungen ausführt. Der Patient nimmt dabei eine liegende Stellung ein und hält den Penis mit beiden Händen fest. Dauer der Sitzung zwei bis drei Minuten; man wiederholt dieselbe wöchentlich ein- bis zweimal. Die Wirkung wird erhöht durch Einfettung der Sonde mit folgender Salbe: R. Bismuth. subnitric. 3—4 g, Zinc. sulfo-carbolic. 1—2 g, Eucain β 0,5—1,0, Lanolin anhydric. 40,0, M. f. ungt. Die hauptsächlichsten Indikationen für Penismassage sind: 1. Weiche Infiltrationen der Schleimhaut, der Krypten, Follikel, Drüsen und der Schwellkörper; 2. harte Infiltrationen, also Strikturen; 3. Behandlung der chronischen Prostatitis von innen aus; 4. Hebung der durch chronische Erkrankung in der Harnröhre und der Prostata bedingten Impotenz. Nach den Erfahrungen B.s ist die Massage schmerzlos und leicht zu handhaben; sie erzeugt keine Blutungen und ist in ihrer Wirkung auf Strikturen der Dilatation überlegen.

Der Neomalthusianismus, von H. O. Rohleder - Leipzig. (Fortsetzung.) Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis ist nicht, wie Zweifel sich ausgedrückt hat, nur ein Mittel, um der Lüsternheit Vorschub zu leisten, sondern dieselbe ist in vielen Fällen direkt geboten vom Standpunkte der reinen Menschlichkeit, um die Frau vor schweren Leiden zu schützen und anderseits zur Vorbeugung gegen die Erzeugung einer defekten Nachkommenschaft. Zur ersten Kategorie der Indikationen gehören in erster Linie die Herzfehler, von denen auch Zweifel in ausführlicher Besprechung erklärt, dafs ihre Gefahr fürs Leben der Kranken durch die Schwangerschaft enorm gesteigert wird. Ferner nennt R. als hierher gehörig: schwere Lungenleiden, ernstere konstitutionelle Erkrankungen (Diabetes, Hämophilie), hochgradige Beckenenge, schwere Nierenleiden und Geschlechtsleiden. Wegen der Übertragung auf den Foetus geben Grund zum Neomalthusianismus die Tuberkulose und Syphilis, ferner Diabetes und Hämophilie, ernstere Nerven- und Geisteskrankheiten, sowie gelegentlich Alkoholismus und Morphinismus. Im allgemeinen mufs betont werden, dafs jeder einzelne Fall individuell beurteilt werden soll, aber ohne Engherzigkeit und falsche Scham. Es ist sicherlich rationeller, eine schwer herzkranke oder tuberkulöse Ehefrau vor der Konzeption zu bewahren, als dieselbe einer monatelangen Qual und hochgradiger Lebensgefahr auszusetzen.

Über die Folgen der Onanie, von M. Porosz - Budapest. Als Wirkungen der Masturbation sind bekanntlich die verschiedensten pathologischen Zustände bezeichnet worden, so namentlich Rückenmarksleiden und Geistesstörungen. P., der eine grössere Reihe von masturbatorischen Patienten zu behandeln Gelegenheit gehabt hat, hält diese Angaben für völlig irrig. Dagegen sind als nachteilige Folgen anzuführen: krankhafte Pollutionen, Defäkationsspermatorrhoe, geschwächte Erektionsfähigkeit, Impotenz bei gesteigerter Libido und ferner häufiger Urindrang. Alle diese Symptome, die Erscheinungen der sexuellen Neurasthenie, kommen aber ebensowohl nach Abusus des normalen Coitus wie nach Onanie vor. Verfasser nennt sie Atonia prostatae. Er gibt eine ausführliche Mitteilung über den Gemütszustand eines 22jährigen Technikers, welcher, in hohem Grade dieser Verirrung verfallen, sich die bittersten Vorwürfe machte, ohne aber der starken Libido Herr werden zu können. Die Behandlung bestand in Elektrisieren der Prostata, anfangs täglich, nach sechs Wochen seltener ausgeführt. Ferner wurde dem Patienten ermutigend zugeredet und ein allwöchentlicher Coitus gestattet. Seit einem Jahre ist Patient ein völlig normaler Mensch.

Eine Weihnachtsfeier im gröfsten Dirnenkrankenhause Deutschlands. Zugleich ein Beitrag zur Psychologie der Prostituierten, von W. Hammer - Berlin. Diese kleine Studie wird jetzt, da die Prostitutionsfrage eine so grofse Rolle spielt,

Digitized by Google

für manchen nicht ohne Interesse sein zur Charakterisierung der Psyche bei dieser Menschenklasse. Die Feier bestand in einer Ansprache des Anstaltsgeistlichen und dem Singen eines Weihnachtschorals in dem mit Weihnachtsbäumen festlich geschmückten Saale, sowie im Verteilen einiger nützlicher Geschenke. Es nahmen daran teil sowohl die unter sittenpolizeilicher Kontrolle stehenden Mädchen wie auch die freiwilligen, von Krankenkassen ins Hospital überwiesenen Geschlechtskranken und die Fürsorgezöglinge. Während der erste Teil der Feier grofse Ergriffenheit bei fast allen hervorrief, kehrten doch im Laufe der nächsten Stunde der übliche Leichtsinn und Übermut bei den meisten wieder. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 3.

Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (**Kaposi**), von Josef Guszman-Breslau. G. bespricht in der Einleitung zu seiner Arbeit kurz die bisher erschienene, ziemlich umfangreiche Literatur über die Dermatitis papillaris capillitii, präzisiert die Auffassung, welche die verschiedenen Autoren von dem Wesen der Krankheit haben und schildert ganz summarisch drei Fälle, die zu beobachten er Gelegenheit hatte. Zwei von den drei Kranken unterzogen sich einer radikalen Operation, die exzidierten Partien, die alle Stadien des Krankheitsprozesses repräsentierten, wurden histologisch untersucht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung, deren Einzelheiten im Referate anzuführen nicht möglich ist, bestätigen in der Hauptsache die Wichtigkeit der Auffassung, die Kaposi von dem Wesen der Affektion hatte. Auf Grund der erhobenen Befunde charakterisiert G. die Dermatitis papillaris als einen chronisch verlaufenden Granulationsprozefs, der anfangs in den oberen Schichten der Tunica propria der Lederhaut Platz greift und von hier durch Konfluenz einzelner perivaskulärer circumskripter Herde immer weiter zunimmt, um sich endlich zu verallgemeinern. Die Talg- und Schweifsdrüsen zeigen anfangs keine Veränderung, sondern werden, um vieles später, sekundär ergriffen, um zum Schlusse gröfstenteils zu verschwinden. Das Granulationsgewebe wandelt sich ohne jeden Zerfall zu einer aufserordentlich konsistenten fibrösen Masse um, wobei die übrig bleibenden Haarbälge und Haare eine wesentliche Dislokation erleiden. Der Prozefs zeigt histologisch grofse Ähnlichkeit mit den in der Haut lokalisierten infektiösen Granulomen, identisch ist er mit diesen aber schon darum nicht, weil er nicht wie die infektiösen Granulome (Lues, Lepra, Tuberkulose usw.) Neigung zum Zerfall zeigt oder zur Ulceration führt. Dieser Umstand sowie die Tatsache, dafs der Krankheitserreger der Dermatitis papillaris unbekannt ist, berechtigt aber noch nicht dazu, die Affektion, wie Ledermann es tut, in die Gruppe nicht infektiöser Granulome einzureihen, denn alle Zeichen sprechen dafür, dafs sie durch Mikroorganismen bedingt ist. Die Frage, ob auf ihre Entstehung bestimmte andauernde traumatische Irritationen Einflufs üben, wie dies mehrere Beobachter behaupten, ist noch nicht entschieden; möglich ist es immerhin.

Götz-München.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 3.

1. **Über das Chloroformieren der Harnblase,** von Félix Guyon. Das eigentümliche Verhalten der Harnblase in der Chloroformnarkose, auf das G. schon wiederholt hingewiesen hat, erscheint erklärlich bei Betrachtung der physiologischen Sensibilität der Blase. In der Norm reagiert die Blase auf stärkere Füllung und dadurch

hervorgerufene Spannung ihrer Wände und auf Berührungen ihrer inneren Oberfläche. Sie ist gegenüber der Spannung empfindlicher als Berührungen gegenüber; denn während jede starke Füllung auch in der Ruhe und selbst im Schlafe Kontraktionen auslöst, rufen Berührungen die Sensibilität nur wach, wenn sie sich häufig und rasch nacheinander wiederholen. Daher verursachen Steine und andere Fremdkörper in der Ruhe keine Blasenkontraktionen, wohl aber, wenn sie bei Bewegungen häufig die Blasenwand berühren. In dieser Beziehung verhalten sich alle Partien der Blasenoberfläche gleich, der Blasenhals ist entgegen einer weit verbreiteten Meinung nicht empfindlicher als andere Teile. Eine krankhafte Steigerung der Blasensensibilität äufsert sich in erster Linie und hauptsächlich gegenüber der Spannung, viel langsamer und nur in den schwersten Fällen gegenüber Berührungen. In der Chloroformnarkose ist das Empfindungsvermögen der Blase für Berührungen sehr stark herabgesetzt, die Sensibilität gegenüber der Spannung ist dagegen auch in tiefer Narkose ebenso wie im Schlafe nahezu gleich grofs wie in normalem, wachem Zustande; ist sie krankhaft gesteigert, dann wird sie durch die Narkose gar nicht beeinflufst. Überdies erträgt eine Blase in der Narkose auch Berührungen schlecht, wenn sie durch Spannung in einen Reizzustand versetzt ist. Daraus folgt, dafs bei der Lithotripsie und allen per vias naturales vorzunehmenden Operationen in der Blase auch in der Narkose jede Spannung der Blasenwände vermieden, und dafs eine krankhaft gesteigerte Sensibilität der Blase vor der Operation zur Norm zurückgebracht werden mufs. Unter diesen Voraussetzungen wird man in den meisten Fällen mit dem ersten Stadium der Chloroformnarkose auskommen, weil die Blase in diesem schon für Berührungen unempfindlich ist, und nur in Fällen, in denen eine stark gesteigerte, durch Behandlung nicht beeinflufsbare Sensibilität besteht, wird tiefe Narkose nötig sein, um die Reaktion auf Berührungen auszuschalten.

2. **Studie über die Länge der Urethra beim Manne**, von P. Bazy und Marcel Deschamps. Die Verfasser haben bei 108 Patienten die Länge der ganzen Harnröhre, sowie die Länge der Pars anterior urethrae, diese bei ad maximum gestrecktem und bei nicht gestrecktem Penis, gemessen; die gefundenen Werte schwanken für die Gesamtlänge zwischen 14½ und 22½ cm, für den vorderen Harnröhrenteil bei gestrecktem Penis zwischen 13½ und 22½, bei nicht gestrecktem zwischen 11 und 17½ cm. Bestimmte Beziehungen zwischen Länge der Urethra und Gröfse oder Alter des betreffenden Menschen lassen die Messungen nicht erkennen.

3. **Bluterguſs in einen ektopischen Hoden**, von Cunéo, Mauclaire und Magitot. Bei einem 16jährigen Menschen mit rechtsseitiger Ektopia testis inguinalis traten spontan Schmerzen in der rechten Leistengegend auf, die den Gedanken an eine Torsion des Samenstrangs nahe legten. Bei der Operation fand sich eine verdickte, mit Blut gefüllte Vaginalis, auch der Samenstrang war verdickt, die Venen dilatiert und voll von Blut; eine Torsion war nicht vorhanden. Hoden und Samenstrang wurden abgetragen, die histologische Untersuchung ergab, dafs Hoden und Nebenhoden durch einen Bluterguſs zerstört waren; an einzelnen Stellen lagen Haufen von Leukocyten. Auch der Samenstrang war von Blut durchtränkt, das Vas deferens mit Erythrocyten vollgestopft. Die Ursache der Hämorrhagie war vermutlich doch eine vollständige oder unvollständige Torsion des Samenstrangs, die spontan oder durch irgendwelche Manipulationen vor der Operation zur Reposition gekommen ist.

Götz-München.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.
1905. Heft 1.

1. **Die Behandlung des Hautepithelioms,** von Leredde.

2. **Behandlung der Hautepitheliome,** von Leredde. Bergmann hat sich auf dem Dermatologenkongreſs in Berlin dahin ausgesprochen, daſs bei Hautepitheliomen wie bei jeder anderen bösartigen Neubildung nur die Radikaloperation auf blutigem Wege zum Ziele führe, und daſs die Behandlung mit Röntgenstrahlen nur in Fällen, die nicht mehr operabel sind, angewendet werden dürfe. Dagegen macht L. in dem ersten kurzen Artikel geltend, daſs Hautepitheliome auſser durch operatives Eingreifen auch durch andere Methoden, namentlich durch Radiotherapie vollständig und dauernd beseitigt werden können. In dem zweiten gröſseren Aufsatze, der der Hauptsache nach auch im *Journ. d. pratic.* veröffentlicht und nach diesem bereits kurz referiert wurde, bespricht er die verschiedenen Methoden und ihre Indikationen und faſst zum Schlusse seine Anschauungen in folgende Sätze zusammen:

1. Bei der Behandlung eines Hautepithelioms, das noch nicht zu einer Erkrankung der Lymphdrüsen geführt hat, müssen zahlreiche Methoden, die nicht sicher zur Heilung führen und noch nicht genügend erprobt sind, auſser Betracht bleiben. Die groſse Anzahl dieser Methoden ist schuld daran, daſs die Dermatologen so häufig schlecht behandelte Fälle zu sehen bekommen.

2. Praktisch kann man Anfangsformen und ausgebildete Formen unterscheiden. Zur Behandlung der Anfangsformen sind viele Methoden brauchbar, doch müssen sie alle so ausgeführt werden, daſs sie zur Heilung führen und nicht nur palliativ wirken.

3. Für die Behandlung des ausgebildeten Epithelioms kommen drei Methoden in Betracht: die Exzision, die Auskratzung mit nachfolgender Thermokauterisation und die Radiotherapie.

4. Die Exzision bringt, wenn sie weit im Gesunden vorgenommen wird, definitive Heilung und führt rasch zum Ziel. Dagegen hat sie den Nachteil, daſs man weit über die Grenzen des Epithelioms hinausgreifen muſs, daſs die entstehenden Narben, sofern sie an die natürlichen Orificien heranreichen, sehr unangenehme Erscheinungen verursachen können, und daſs sie eben ein blutiger Eingriff ist, den viele Menschen scheuen.

5. Die Auskratzung mit nachfolgender Thermokauterisation hat den Vorzug, daſs sie von jedem Arzt ausgeführt werden kann. Sie läſst sich jedoch bei sehr ausgedehnten Epitheliomen nicht anwenden, schützt nicht sicher vor Rezidiven und bewirkt sehr oft die Bildung recht unschöner Narben.

6. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen ergibt Resultate, die in ästhetischer Beziehung geradezu vollkommen sind und schont die gesunden Gewebe. Daſs sie, mit genügender Energie ausgeführt, regelmäſsig definitive Heilung bringt, ist erwiesen.

7. Sie hat den Nachteil, daſs sie nur von Ärzten angewendet werden kann, die groſse praktische Erfahrung in der Radiotherapie haben.

8. Die Frage bezüglich der Behandlung bestimmter Formen, wie des Ulcus rodens und der Pagetschen Krankheit ist noch nicht entschieden.

9. In Fällen, in denen bereits die Lymphdrüsen erkrankt sind, kommt nur die Exzision in Frage.

3. **Krankheiten der Schleimhäute in ihren Beziehungen zu den Hautkrankheiten,** von John A. Fordyce-New York. Aus dem Englischen übersetzt von René Martial. Ein Referat über den Aufsatz, der zuerst im *Journ. of cutan. dis.* (September 1904) erschienen ist, findet sich in Band 89 *dieser Zeitschr.* S. 451.

1905. Heft 2.

1. **Über den Salbenverband in der Dermatologie,** von LEREDDE.

2. **Über die Gefährlichkeit der Salben bei den Hautkrankheiten,** von LEREDDE. In der ersten kurzen Notiz warnt L. vor der kritiklosen Anwendung der Salben in der Dermatologie, da sie sehr selten wirklich nützen, sehr oft aber schaden. So führt der noch vielfach übliche Gebrauch von Borvaselin bei Impetigo in zahlreichen Fällen zu einer Verschlimmerung, während die Applikation einer Paste oder einer Höllensteinlösung stets sehr gut wirkt. Im zweiten gröfseren Aufsatz schildert L. die Gefahren der Salbenbehandlung bei den akuten infektiösen Hautaffektionen, speziell bei Impetigo, Furunkulosis, Folliculitis, bei der Hautentzündung nach Skabieskuren, bei Lupus, Ekthyma und Balanitis, sowie bei den entzündlichen Hautkrankheiten, insbesondere bei akuten nässenden Ekzemen und bei Intertrigo, bei den artefiziellen Dermatitiden, bei Herpes usw. Die Salben verlegen die Öffnungen der Talg- und Schweifsdrüsen, sie verhindern die Perspiration und die Sekretion und Ausdünstung der Haut, sie machen eine Wärmeabgabe von seiten der oberen Hautschichten unmöglich und verursachen dadurch eine Erhöhung der Temperatur in der ganzen Haut, und alles das begünstigt die Wucherung der Mikrobien und bewirkt bei infektiösen und entzündlichen Dermatosen sehr oft eine wesentliche Verschlimmerung. Nur an den Endstadien infektiöser Krankheiten leistet die Salbenbehandlung oft sehr gute Dienste. Schädlich sind Salben auch bei zahlreichen pruriginösen Affektionen mit akutem Verlauf, wenn der Pruritus mit oberflächlichen entzündlichen Veränderungen kombiniert ist oder wenn ein latenter Entzündungszustand besteht; so erfordert der Pruritus analis und der Pruritus vulvae, abgesehen von der kausalen Behandlung, Applikation von Pulvern und Pasten und sorgfältig angelegte Verbände, aber keine Salben. Dagegen können bei Lichen planus, in den meisten Fällen von Prurigo und bei Affektionen, bei denen die Veränderungen ausschliefslich das Corium betreffen, wie bei der Urticaria, Salben mit Vorteil verwendet werden. Substanzen, die an sich schon leicht Hautentzündungen hervorrufen, namentlich Jodoform, Salol und Orthoform, sollen in Salbenform überhaupt nicht gebraucht werden.

Die Salbenbehandlung hat in Frankreich nach L. noch viel zu viele Anhänger, an Stelle der Salben sollten die Pasten Verwendung finden; sie wirken überall sehr gut, wo jene schlecht wirken.

2. **Krankheiten der Schleimhäute in ihren Beziehungen zu den Hautkrankheiten,** von M. F. ENGMAN - St. Louis. Aus dem Englischen übersetzt von RENÉ MARTIAL. Ein Referat über den Aufsatz ENGMANS, der im *Journ. of cut. dis.* September 1904, veröffentlicht ist, findet sich in Band 39 *dieser Zeitschrift*, S. 452.

Götz-München.

The British Journal of Dermatology.

März 1905.

Lichen pilaris seu spinulosus, von H. G. ADAMSON. (Schlufs.) Auf Grund sehr eingehender Literaturstudien sowie eigener Beobachtungen und Untersuchungen gelangt Verfasser zu folgenden Schlufssätzen:

1. Unter dem Namen Lichen spinulosus ist in England eine Hautkrankheit wohlbekannt, welche Kinder, besonders Knaben, befällt und charakterisiert ist durch das Auftreten spitzer, fadenförmiger Stacheln, die in Gruppen angeordnet und mehr oder weniger symmetrisch über Rumpf und Glieder verstreut sind. Die fadenförmigen Stacheln ragen aus den Haartalgfollikeln hervor, deren Mündungen selbst leicht erhoben sind zu stecknadelkopfgrofsen, blassen oder blafsroten Papelchen. Jucken

oder andere subjektive Empfindungen fehlen, das Allgemeinbefinden ist gar nicht oder kaum gestört.

2. Ähnliche Fälle sind in Frankreich beobachtet worden, doch kennt man dort die Krankheit nicht so gut und erkennt sie anscheinend als selbständige Krankheitsform nicht an. Die in Frankreich mitgeteilten Fälle sind unter verschiedenen Namen beschrieben. Die Acné cornée von Hardy, von Leloir und Vidal, und wahrscheinlich auch der Fall von Guibout, sind die gleiche Krankheit, dagegen entsprechen die von Hallopeau beobachteten Fälle von Acné cornée, mit Ausnahme des Falles von Acné cornée en aires nicht ganz den Fällen von Lichen spinulosus. Andere Fälle hat Barby als Beispiele von Keratosis follicularis (Brookescher Typhus) veröffentlicht und neuerdings beschrieb Audry einen Fall unter dem Titel Kératose pilaire engainante.

3. Abgesehen von den typischen Fällen von Lichen spinulosus bei Kindern, in denen die ganze Eruption in den spitzen Stacheln besteht, gibt es auch andere Fälle, in welchen diese Stacheln neben Lichen planus-Effloreszenzen vorkommen. Dieses Nebeneinandervorkommen findet sich bei Kindern selten, häufiger bei Erwachsenen. Es scheint tatsächlich, als ob bei Erwachsenen diese Stacheln immer nur oder fast immer zusammen mit Lichen planus angetroffen werden. Diese Tatsache könnte zunächst einen ätiologischen Zusammenhang zwischen den beiden Affektionen vermuten lassen; doch steht damit in Widerspruch, daſs die reinen Fälle bei Kindern ohne Jucken verlaufen, während in den mit Lichen planus gemischten Fällen gewöhnlich Jucken vorhanden ist. Auſserdem finden sich in diesen letzteren Fällen die spitzen Stacheln gewöhnlich gemischt mit den akuminierten follikulären Effloreszenzen des Lichen planus, sie stehen daher mit einer perifollikulären Störung wohl nur in zufälligem Zusammenhang. Diese Annahme wird noch wahrscheinlicher gemacht durch die Tatsache, daſs ähnliche Stacheln gelegentlich auch mit den follikulären Effloreszenzen des Lichen scrophulosorum, miliärer Syphilide und auch der Pityriasis rubra pilaris beobachtet worden sind.

4. Histologisch stellen sich die Effloreszenzen des Lichen spinulosus der Kinder als follikuläre Hyperkeratose dar; perifollikuläre Entzündung fehlt oder ist nur eben angedeutet. Verfasser hält daher die Bezeichnung Unnas als Keratosis follicularis spinulosa für die geeignetste.

Zum Schlusse nimmt Verfasser noch Stellung zu der Veröffentlichung Lewandowskys über das gleiche Thema im neuesten Hefte des *„Arch. f. Dermat. u. Syph.“* L. kommt auf Grund der Untersuchung seines Falles zu dem Ergebnis, daſs das Wesentliche beim Lichen spinulosus eine Entzündung der Follikel ist und daſs die Stacheln eine Sekundärerscheinung sind. Vom Standpunkte des Verfassers ist L.s Fall kein Lichen spinulosus. *A. Loewald-Kolmar.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 4.

1. **Anatomie des Trigonum vesicae,** von R. Uteau. Die Anatomie des Trigonum vesicae, die Morphologie und Topographie der drei Orifizien, die seine Ecken bilden, sind für die Urologie und Chirurgie von groſser praktischer Bedeutung, sind aber noch niemals genau und erschöpfend beschrieben worden. U. hat die diesbezüglichen Angaben zahlreicher französischer und einiger englischer Autoren aus der Literatur gesammelt und in Tabellenform zusammengestellt; die Darstellungen befriedigen in keiner Weise, sie sind unvollständig und ungenau und widersprechen sich teilweise. Um Klarheit zu gewinnen, hat U. nun an 150 frischen, normalen Harnblasen, die zu je einem Dritteil von Männern, Weibern und Kindern stammten, die Anatomie des

Trigonums aufs eingehendste und in allen Details studiert; die Untersuchungen, deren Resultate, ebenfalls in Tabellenform zusammengestellt, einzeln mitgeteilt werden, ergaben folgende Verhältnisse:

Die Entfernung zwischen den beiden Ureterenmündungen betrug
beim Manne in maximo 88, in minimo 20, im Durchschnitt 32,7 mm,
beim Weibe 62 — 10 — 26,8 mm,
beim Kinde 24 — 7 — 12,22 mm;
die Entfernung zwischen einer Ureterenmündung und dem Blasenhals
beim Manne 61 — 10 — 27,58 mm,
beim Weibe 51 — 10 — 22,71 mm,
beim Kinde 24 — 5 — 11,275 mm;
die Entfernung einer Ureterenmündung von der Mittellinie bezw. von dem Punkt, in dem eine von der Spitze des Trigonum ausgehende Linie die Basis schneidet
beim Manne 45 — 4 — 15,79 mm,
beim Weibe 32 — 4 — 13,45 mm,
beim Kinde 13 — 3 — 6,35 mm.

Die Werte schwanken also innerhalb weiter Grenzen. Bei gröfster Entfernung zwischen beiden Ureterenmündungen ist stets auch die Entfernung zwischen Ureterenmündung und Mittellinie am gröfsten; diese ist beiderseits gleich grofs, wenn das Trigonum gleichschenklig oder gleichseitig ist. — Das Trigonum war
ungleichseitig bei 40 Männern, 86 Weibern, 19 Kindern,
gleichschenklig bei 8 Männern, 9 Weibern, 23 Kindern,
gleichseitig bei 2 Männern, 5 Weibern, 8 Kindern.

Prostata und Alter (abgesehen vom Kindesalter) scheinen auf die Gröfsenverhältnisse keinen Einflufs zu haben, dagegen sind sie vermutlich von Bedeutung für die Mifsgestaltungen und die Unregelmäfsigkeit des Trigonums. Ein Einflufs des Rektums auf die Mafse liefs sich nicht feststellen. In keinem der untersuchten Fälle mündeten beide Ureteren auf der gleichen Seite.

Das Aussehen des Trigonums ist ein sehr verschiedenes: manchmal ist es sehr undeutlich, manchmal tritt es sehr scharf hervor, die Farbe ist je nach dem gröfseren oder geringeren Reichtum an Gefäfsen rötlich, gelb oder weifslich, die Oberfläche glatt oder granuliert oder von Furchen durchzogen, die in verschiedenen Richtungen verlaufen können. Der zwischen den Ureterenmündungen befindliche Wulst ist manchmal recht wenig, manchmal sehr deutlich ausgeprägt; er ist in der Mitte talförmig eingesenkt, so dafs zwei getrennte Höcker vorhanden sind, auf welchen die Ureterenmündungen liegen. U. nennt sie „Ureterenhöcker“; sie sind oliven- oder warzenförmig oder viereckig. Auch Form und Richtung des Wulstes sind verschieden; seine Enden reichen stets, in manchen Fällen ziemlich weit (bis zu 35 mm), über den Sitz der Ureterenmündungen hinaus. Diese wiederum finden sich an ganz verschiedenen Partien des Wulstes, sie liegen nicht immer symmetrisch auf beiden Seiten. Ihr Aussehen wechselt; obwohl sie in Wirklichkeit stets runde Öffnungen sind, erscheinen sie infolge der verschiedenen Anordnung der Schleimhaut rund, punkt-, krater-, halbmond-, lanzettenförmig, elliptisch oder gespalten, manchmal werden sie durch Schleimhautfalten vollständig verdeckt, oft ist ihr Aussehen auf beiden Seiten verschieden. — In zwei Fällen — bei zwei Männern — war es nicht möglich, einen Katheter durch die Ureterenmündungen hindurchzubringen; bei allen übrigen Erwachsenen, Männern wie Weibern, und bei der Hälfte der Kinder, und zwar auch der jüngsten, gelang die Einführung eines Katheters, oft genug allerdings nur unter Schwierigkeiten. Manchmal war nur ein Orificium für die Sonde durchgängig, das andere aber nicht. Das Aussehen der Mündungen gestattet keinen Schlufs auf ihre Weite.

Die intravesikale Trennung des Urins der beiden Nieren wäre nach den anatomischen Befunden in allen 150 Fällen möglich gewesen. Bei einem Manne und bei zwei Frauen war die Mündung des rechten Ureters nur 4 mm von der Mittellinie entfernt; in diesen Fällen wäre die Trennung des Urins nur durch den CATHELINschen Segregator mit seiner dünnen Scheidewand erzielt worden, nicht aber durch das dicke LUYSsche Instrument, das die Mündung des rechten Ureters verlegt und wahrscheinlich ein Fehlen der Urinsekretion auf der rechten Seite vorgetäuscht hätte.

Das Trigonum vesicae erwies sich in zahlreichen Fällen, auch in solchen, in denen die Prostata sehr grofs war, als sehr klein. In derartigen Fällen scheint bei der Vornahme einer suprapubischen Prostatektomie nach FREYER die Gefahr einer Verletzung der Ureteren sehr nahe zu liegen.

Zum Schlusse erwähnt U. eine im *Medical Sentinel*, November 1904, erschienene Arbeit, „Die Mafse des Trigonums", von GEORGE S. WHITESIDE - Portland. Dieser betont ebenfalls die Bedeutung, welche die Kenntnis der Mafse des Trigonums für die Cystoskopie hat; er zieht aus den Ergebnissen seiner anatomischen Studien, die jedoch hauptsächlich pathologisch veränderte Harnblasen betrafen, folgende Schlüsse:

1. Die Mafse des normalen Trigonum vesicae beim Erwachsenen sind gröfser, als in den Büchern angegeben wird.

2. Füllung der Blase vergröfsert, namentlich beim Weibe, die Oberfläche des Trigonums.

3. Kontraktion der Blase vermindert, namentlich beim Manne, die Oberfläche des Trigonums.

4. Hypertrophie der Prostata bewirkt an sich keine Vergröfserung der Seiten des Trigonums, deformiert aber häufig die Pars prostatica der Urethra und die Gestalt der Blase.

5. Durch Retroversionen des Uterus wird die Entfernung zwischen den beiden Ureterenmündungen sehr beträchtlich, die Gröfse der Seiten des Trigonums in geringerem Grade verändert.

6. In der Regel verändern pathologische Verhältnisse die Ausdehnung des Trigonums nicht.

7. Anatomische Anomalien sind in der Blase nicht selten; man mufs bei der Cystoskopie auf sie gefafst sein und darf sich durch sie nicht täuschen lassen.

2. **Berichtigende Bemerkungen zu dem Aufsatze LUYS' über die Methode der intravesikalen Trennung des Urins nach LAMBOTTE,** von F. CATHELIN. Polemik gegen LUYS, dem C. mehrfache Irrtümer vorwirft. Dafs der LUYSsche Segregator dem seinen überlegen sei, wie LUYS behauptet, bestreitet C.

3. **Die kochsalzarme Diät,** von ACHARD und PAISSEAU. Eine kochsalzarme Diät ist nach unseren heutigen Anschauungen für die Behandlung der Ödeme renalen Ursprungs von grofser Bedeutung. Kochsalzfrei bezw. kochsalzarm sind Fleisch, Eier, Kartoffeln, Mais, Reis, Gries, grüne Erbsen, gelbe Rüben, grüne Bohnen, gewisse Krautarten, feines Backwerk, Früchte, Milch, frischer Käse (Rahm-, Schweizer Käse), frische ungesalzene Butter, ohne Salz hergestelltes Brot aus feinstem Weizenmehl, die verschiedenen Zuckerarten, Honig, Schokolade, Tee, Kaffee, Brunnenwasser, Evian-, Contrexéville-, Vittelwasser. Gewöhnliches Brot und Fleischbrühen enthalten sehr viel Kochsalz und sind daher ganz zu verbieten; auch Bier und Wein enthalten nicht unbeträchtliche Kochsalzmengen und dürfen höchstens in ganz geringen Mengen genossen werden. *Götz-München.*

La Syphilis.

Band III. Heft 2. Februar 1905.

I. **Über Phlebitiden der Sekundärperiode der Lues**, von Jullien-Paris. Der erste, der über dieses Thema eingehend berichtete, war Rieder-Bonn 1898; er erkannte die Erkrankung der kleinen und mittleren Venen (Phlebo-sclérose) bei Nichtbeteiligung der Arterien und Lymphgefäfse und beschrieb ihre pathologische Anatomie, Jullien widmet diesem Thema vier Kapitel. 1. Phlebitis infectiosa in der Sekundärperiode. 2. Thrombo-Phlebitis nodularis. 3. Phlebitis gummosa. 4. Phlebitis marastique. Die erste tritt frühzeitig auf, ist gutartig und wurde früher wenig beachtet. Jullien berichtet über 37 Beobachtungen, welche 29 Männer und 8 Frauen betrafen. Besonders oft befallen waren die Venae saphenae internae et externae, etwas seltener die basilica und cephalica. Zwei Autopsien gaben Aufschlufs über den anatomischen Vorgang, die Läsionen gehen von der Tunica interna aus. Die Diagnose ist nicht schwer; ist die Phlebitis oberflächlich, so unterscheidet sie sich leicht von der Lymphangitis, deren verdickte Knoten und Stränge rot durch die Haut scheinen. Die Phlebitis ist weniger schmerzhaft, sie erscheint meistens gleichzeitig mit dem Exanthem, selten tritt Fieber dabei auf. Sie befällt die Vene von Anfang bis zum Ende an einer oder mehreren Stellen, dazwischen sind gesunde Teile. Die Palpation läfst einen Strang verschiedener Gröfse erkennen bis Bleistift- oder selbst Fingerdicke; er ist hart, gleichmäfsig, bald mit Knoten bedeckt, bald glatt; die Schmerzen sind nachts am stärksten. Therapeutisch empfiehlt sich Bettruhe, Fixierung der kranken Extremität, vor allem aber eine antiluetische Allgemeinkur. Viel seltener ist zweitens die Syphilis nodosa, worüber besonders deutsche Arbeiten erschienen sind, auf welche Jullien sich bezieht. Es zeigt sich ein Knotenerythem, welches dem sekundären Syphilid ähnelt. Gleichzeitig sind meist sonstige syphilitische Erscheinungen vorhanden. Venen und Lymphwege sind geschwollen und infiltriert. Die Phlebitis gummosa ist schon oft beschrieben, auch bei der Vena portae an der Eintrittsstelle in die Leber. Die letzte Form, Phlebitis marastica bei der syphilitischen Kachexie, ist wenig bekannt; erwähnt wird ein Fall von Pesciore, bei dem sich starke Drüsen und grofse Ulcerationen, sowie enorme Verdickungen der unteren Extremität zeigten. Die oberflächlichen Venen sind gut zu sehen, aber nicht hart, im Kniegelenk ist eine Hydarthrose. Die Sektion zeigte eine Phlegmasia alba dolens. Die Vena iliaca externa und deren Nebenäste waren hart und gänzlich obliteriert, ähnlich stand es mit der femoralis und saphena.

II. **Über intravenöse Injektionen von Quecksilbersalzen bei der Behandlung der Syphilis**, von Barthélemy und Lévy-Bing. Die intravenösen Injektionen sind seit 1894 sehr in Aufnahme gekommen, besonders bei den Augenärzten, man benutzt dazu Sublimat, Hydrargyrum cyanat., benzoatum, hermophenyl, bijodatum. Die Hauptforderung an das Mittel ist, dafs es löslich ist, kein Eiweifs koaguliert, nicht toxisch wirkt, dafs der Merkurgehalt gleichmäfsig und fest ist, und dafs das Präparat leicht herstellbar und leicht sterilisierbar ist. Diese Forderungen erfüllt das Hydrargyrum bijodatum in wässeriger Lösung; es enthält 40% Quecksilber, ist einfach herzustellen und in jeder Beziehung brauchbar. Verfasser brauchten bei ihren intravenösen Injektionen, die sie an 30 weiblichen Patienten im Alter von 17—33 Jahren ausführten, bei zweien Hydrarg. oxycyanatum, bei fünf Sublimat, bei 17 Hydrarg. bijodatum und bei fünf Sublimat und Hydrarg. bijodatum. Die Injektionen wurden jeden Tag oder jeden zweiten Tag gemacht und erhielt jede Patientin durchschnittlich 13 Injektionen. Nach eingehender Schilderung der Technik, die nicht ganz leicht ist und sehr sorgfältig gemacht werden mufs und absolut schmerzlos ist, wenn sie richtig angewendet wird, weisen Verfasser auf die Erscheinungen hin, die bisweilen vorkommen, und zwar sowohl lokaler als allgemeiner Art. Von lokalen werden auf-

geführt: Ecchymosen, subcutanes Ödem, lokale Schwellungen und Knötchen, Periphlebitiden, Gangrän, von allgemeiner Stomatitis, Salivation, Diarrhoe, Erbrechen. Die Injektionen hatten verschiedene Wirkungen, bei einigen Patientinnen gingen die syphilitischen Erscheinungen sehr schnell zurück, bei anderen langsam. Indiziert sind die venösen Injektionen in den ersten Monaten der Syphilis, sie können dann, ebenso wie die intramuskulären, unter Umständen das Auftreten der Roseola verhindern oder verzögern und die Sekundärerscheinungen mildern, aber die eigentliche Injektion im Keim definitiv ersticken können sie auch nicht. Sehr angebracht sind sie bei Nerven- und Gehirnerscheinungen der Sekundärperiode; hier wirken oft schon wenige Injektionen Wunder. Immerhin geben die intramuskulären Injektionen, in großen Dosen lange Zeit fortgesetzt, keine schlechteren Resultate, aber der Vorteil der intravenösen Einverleibung des Quecksilbers besteht, natürlich nur bei richtiger Anwendung, in seiner Schmerzlosigkeit und der sehr raschen Absorption. So hat jede Methode ihr Für und Wider; bei sehr schweren Symptomen, wo es rasch zu handeln gilt, bei sehr schmerzempfindlichen Leuten empfiehlt sich die umständliche Veneneinspritzung, sonst aber entschieden die leicht ausführbare, etwas schmerzhafte intramuskuläre Anwendung, die jeder Arzt leicht und schnell machen kann.

III. **Ein Fall von symmetrischem Aneurysma der Arteriae cubitalis bei einem Luetiker. Heilung durch spezifische Behandlung,** von Alfred Fournier. Ein sonst kräftiger Herr hatte 1862 Syphilis erworben und machte eine Quecksilber- und Jodkur durch, dann tat er nichts wieder, im Jahre 1882 traten Gummata im Gaumen und Perforationen auf. Wieder schwanden die Symptome unter spezifischer Behandlung. 1883 neuer Ausbruch mit Gummata, im Urin viel Zucker und Eiweiß. Neue antiluetische Kur, die alles zum Schwinden brachte. 1888 folgen Gehirnerscheinungen, der Urin zeigt wieder viel Zucker. Spezifische Kur hilft von neuem. Einen Monat später hatte Patient zwei große Aneurysmen auf der Vorderseite der Unterarme, etwas unterhalb der Ellenbogen an der Arteria cubitalis, am einen Arm war das Aneurysma so groß wie eine halbe Olive, am anderen wie ein Dattelkern. Jeder Herzschlag zeigte in denselben eine Pulsation und Spannung, bei leichtem Fingerdruck waren sie vollständig unsichtbar. Die Diagnose war leicht zu stellen. Daneben bestand Tachycardie, Augenstörungen, starke Glykosurie. Sofort wurden Injektionen von grauem Öl vorgenommen und fest Jodkalium gegeben. Nach 23 Tagen waren die Aneurysmen verschwunden, ebenso wichen die anderen Symptome, auch die Glykosurie nahm ab. Erst nach drei Monaten zeigte sich der Kranke wieder, die Aneurysmen waren sehr klein geblieben, Herzstörungen und allgemeine Depression bestanden, der Zuckergehalt war 4%. Dann sah Verfasser den Patienten nicht wieder, erfuhr aber, daß er einige Monate später an Gehirnerscheinungen gestorben sei. Der Fall beweist, daß eine frühzeitige Allgemeinbehandlung imstande ist, Aneurysmen bei Syphilis zurückzubringen, und zwar in kurzer Zeit. Hätte der Kranke sein Leiden stets beobachten und behandeln lassen, statt es jahrelang zu vernachlässigen, so wäre, bei der prompten Reaktion des Patienten auf Quecksilber und Jod, sicher ein guter Erfolg zu erwarten gewesen.

IV. **Schanker der unteren Nasenmuschel. Lymphangitis erysipelatodes der Wange,** von M. Ch. David. Es handelt sich um einen 42jährigen Mann, welcher einen Primäraffekt in Gestalt eines hypertrophischen knorpeligen Schankers an der linken Seite der unteren Nasenmuschel hatte. Da der Sitz so selten ist, daß nur ganz vereinzelte ähnliche Beobachtungen vorliegen, so dauerte es längere Zeit, bis die Diagnose gestellt werden konnte, zumal die Erscheinung zuerst keine Unannehmlichkeiten erzeugte. Bald schwoll aber die linke Submaxillardrüse an und wurde taubeneigroß, gleichzeitig war die Nase verstopft, hinderte am Atmen, zeigte üblen

Digitized by Google

Geruch und belästigte den Patienten. Gleichzeitig bestand ein an Erysipel erinnerndes Erythem mit Schwellung der linken Wange. Einige Wochen darauf bestätigte eine typische Roseola luetica die Diagnose Schanker der Nasenmuschel. Dreizehn Injektionen Kalomel und folgende Jodkur, verbunden mit lokaler Höllensteinätzung des Primäraffekts, führten schnell zur Heilung. Die Entstehung ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dafs Patient nach Berührung einer luetischen Papel bei einem anderen Menschen etwas von dem Virus mit seinem Finger an eine kleine Wunde in der Nase brachte.

V. **Zwei Fälle, bei denen graues Öl in bedeutenden Mengen (zwei Kubikzentimeter gleichzeitig) eingeführt wurde,** von Georges Lebret-Paris. Zwei syphilitischen Patienten wurden versehentlich von jüngeren Medizinern zwei Kubikzentimeter graues Öl eingespritzt; der eine Patient litt an allgemeiner Paralyse, der andere hatte Knochenauftreibungen. Die Injektionen verliefen trotz der grofsen Dosis schmerzlos und brachten keine üblen Erscheinungen; im Gegenteil, bei dem zweiten Patienten waren die Knochenverdickungen nach zehn Tagen verschwunden, ein Beweis dafür, dafs das graue Öl schnell und schmerzlos wirkt und bisweilen selbst in grofsen Dosen vertragen wird. Doch soll man sich hüten, diese grofsen Dosen zur Norm zu machen, denn wenn es auch in diesem Falle gut ging, so wird man doch in ähnlichen Fällen meist auf unangenehme Erscheinungen rechnen müssen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bücherbesprechungen.

Die gesundheitlichen Schäden der Prostitution und deren Bekämpfung, von A. Blaschko-Berlin. (W. & S. Loewenthal, Berlin 1904.) Da auf dem Gebiete der Überwachung der Prostitution trotzdem, dafs sich berufene Stimmen in Menge gegen ihre heutige Handhabung erhoben haben, bisher von Reformen eigentlich noch nichts zu hören gewesen ist, glaubte der Verfasser keine Gelegenheit versäumen zu sollen, nachzuweisen, wie unwirksam unser heutiges Kontrollsystem ist. Schon der Begriff „Prostituierte“ bietet der Polizei- und Verwaltungsbehörde die gröfsten Schwierigkeiten. Die Anfängerinnen der Gewerbsunzucht werden zum Teil aus moralisch-erzieherischen Gründen nicht ohne weiteres unter Kontrolle genommen, zum Teil entziehen sie sich derselben. Und doch bietet gerade diese Kategorie gesundheitlich die gröfste Gefahr. Heilungen der festgestellten Erkrankungen sind keine leichten Aufgaben; der Tripper pflegt solch eine Prostituierte eigentlich nie zu verlassen und die Syphilis bringt jahrelang ihre bedauerlichen Schübe und Rückfälle. Soll man deshalb die einmal erkrankten Dirnen jahrelang in Anstalten interniert halten? Das würde schon am Geldpunkte scheitern. Lessers und Neissers Vorschläge einer bedingten Verurteilung von der Gewerbsunzucht geständigen und überführten Mädchen, welche erst eintreten würde, wenn die Kranken sich der verordneten Behandlung entzögen, dürften kaum grundsätzlichen Wandel schaffen. Besonders käme es, wenn der Vorschlag des ersteren durchgeführt würde, dafs nur die ohne Zeugnis stattgehabter Untersuchung bei Ausübung des Gewerbes betroffenen Dirnen der Reglementierung überwiesen werden sollen, zu einer förmlichen ständigen Jagd der Beamten auf solche Übertreterinnen. Vielleicht lassen sich auf anderem Wege bessere Erfolge erzielen? Zweifellos wird in der nahen oder fernen Zukunft die Therapie der

venerischen Krankheiten weitere Triumphe feiern müssen und dieser Fortschritt wird ebenfalls der allgemeinen Gesundheit zugute kommen. Vor allem ist aber schon jetzt auf eine sinngemäfse Erziehung der Jugend und Belehrung über sexuelle Fragen Wert zu legen — Gefahren des extra matrimoniellen Verkehrs, Verbreitung und Übertragungsart der venerischen Leiden. Auch die Geschlechtskranken selber müssen hygienisch unterrichtet und ihnen die Notwendigkeit peinlichster Sauberkeit und gesundheitlicher Rücksichten vor Augen geführt werden. Die Entziehung des Krankengeldes Venerischen gegenüber ist ja neuerdings dankenswerterweise gefallen. Auch die Stellung der Geschlechtskranken in den Krankenhäusern mufs reformiert werden. Bislang wurden diese Patienten halb als eine Art Strafgefangene angesehen. Wie soll man es da den Kranken, besonders geschlechtskranken Frauen verargen, wenn sie sich weigern, ins Spital zu gehen. Auch die poliklinischen Behandlungsmöglichkeiten sind zu vermehren; vielleicht läfst sich der Segen des Krankenkassenwesens, dem heute zwölf Millionen Personen in Deutschland unterworfen sind, für das weitere Vorgehen gegen die geschlechtlichen Gefahren der Prostitution nutzbar machen. Nach Kampffmeyers Vorschlag dehne man die Krankenversicherung nicht auf die Prostituierten allein, sondern auf alle Personen mit einem steuerpflichtigen Einkommen unter 2000 Mark aus. Damit wäre auch eine Kontrolle der Prostituierten von den Kassenorganen aus in den Bereich der Möglichkeit gerückt. Auch dürfte eine zweckmäfsige Wohnungsgesetzgebung mit Wohnungsinspektion viel Segen in der angedeuteten Richtung schaffen. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Bemerkungen über einen Fall von Gummata des Herzens, von H. Handford-Nottingham. (*Brit. Med. Journ.* 31. Dez. 1905.) Der Fall betraf eine 32jährige Frau, welche vom 14. bis zum 23. Lebensjahre als Taucherin Vorstellungen gegeben hatte, bis sie wegen Herzklopfens und Kurzatmigkeit davon abstehen mufste. Während ihres 14tägigen Aufenthalts im Krankenhause traten wiederholt höchst beängstigende Attacken von Ohnmacht, verbunden mit Aussetzen des Herzschlages während 5—15 Sekunden, auf, wobei auskultatorisch nur ein Weiterarbeiten an den Vorhöfen nachweisbar war. Unter tiefen Atembewegungen und leichten Konvulsionen am Gesicht, den Armen und Beinen kehrte bei anfangs stürmischer Herzaktion das Bewufstsein wieder. Im übrigen war nur ein geringes systolisches Geräusch an der Herzspitze zu hören; ferner konstatierte man ein geringes diastolisches Geräusch am unteren Sternalende und auch an der Herzspitze. Verschiedene Cardiaca wurden ohne Erfolg verabreicht und Patientin starb in einem Anfall von Synkope. Die Obduktion ergab ein gröfseres Gumma in der vorderen Wand des rechten Ventrikels und einige kleinere im Septum intraventriculare. Auf der Aufsenfläche des linken Ventrikels fand sich am oberen Ende eine faltige Narbe, wie nach einem abgelaufenen Gumma. Im übrigen wurden keinerlei syphilitische Läsionen gefunden. Das Gehirn hatte allerdings nicht seziert werden dürfen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Syphilis des Herzens, von Prof. ROMANOW. (*Russki Wratsch*. 1904. Nr. 45.) Nach Besprechung der einschlägigen Literatur berichtet Verfasser über zwei eigene Fälle. In dem einen Fall handelte es sich um einen 31jährigen Mann, der wegen eines Herzfehlers in die Klinik eintrat und nach einiger Zeit starb. Die Sektion ergab das Vorhandensein eines mächtigen Gumma in dem rechten Ventrikel und gummöse Knoten, wie eine starke, narbige Verengerung der Pulmonalarterie. In dem anderen Fall handelte es sich um eine 30jährige Frau, welche plötzlich starb und bei der die Sektion eine Myocarditis ergab. Hier liefs sich die Diagnose Syphilis des Herzens nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit stellen (jugendliches Alter, Fehlen sonstiger pathologisch-anatomischer Veränderungen).

Arth. Jordan-Moskau.

Über infektiöse Granulome des Herzens unter Zugrundelegung eines seltenen Falles von gummöser, grofsknotiger Herzsyphilis, von FRITZ WÜRTH. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1904.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Thrombose der Arteria fossae Sylvii im Frühstadium der Syphilis, von JOH. MARTIN MAYER. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Es handelte sich um einen 26jährigen Mann. Die Art der Entstehung, die einzelnen Symptome und der Verlauf der beschriebenen Halbseitenlähmung sind durchaus charakteristisch für die passagere arteriitische Hemiplegie. Durch sekundäre Ernährungsstörung resp. Erweichung in dem Bezirke der vorderen zwei Drittel des hinteren Schenkels der linksseitigen inneren Kapsel infolge von Thrombosierung der primär endarteriitisch veränderten linken Arteria fossae Sylvii sind Ausfallserscheinungen derjenigen Zentren eingetreten, welche den durch die linke innere Kapsel ziehenden Bahnen zugehören; im beschriebenen Fall ist der hintere Schenkel der linken inneren Kapsel in der Richtung von hinten nach vorn betroffen worden. Zuerst wurde das rechte Bein, dann der rechte Arm, zuletzt Gesicht, Zunge und Sprache von der Lähmung betroffen durch die allmählich zunehmende Thrombosierung des Gefäfses. Für Thrombose und nicht für Blutung spricht das successive Eintreten der Lähmungen. Nicht immer kommt es zu einer totalen Verstopfung des Gefäfses, häufig handelt es sich nur um ein Schwierigerwerden der Passage. Es entstehen dann Blutdruckschwankungen und konsekutive Ernährungsstörungen.

Die passageren Lähmungen können nur wenige Minuten dauern, sie können Stunden dauern und auch noch länger, sie treten unter Paraesthesien auf, ohne dafs es zu wirklichen Lähmungen zu kommen braucht. Entweder wird nur eine Extremität betroffen oder es wird die obere und untere Extremität oder auch diese gemeinsam mit dem Gesicht und der Sprache betroffen. Nicht selten sind die Fälle, in denen Sprachstörungen allein auftreten oder Paraesthesien im Gesicht und in der Zunge sich kombinieren. Auch zu motorischen Reizerscheinungen können die vorübergehenden Störungen in der Zirkulation führen. Es kommt dann zu klonischen Zuckungen; das Bewufstsein braucht nicht gestört zu sein. In Anbetracht der Gefahr des Rezidivierens kann die von vornherein nie absolut schlecht zu stellende Prognose auch nie absolut günstig gestellt werden. — Die Arbeit ist unter der Leitung LESSERS entstanden. *Fritz Loeb-München.*

Lateropharyngeale Drüsenphlegmone bei einem syphilitischen Säugling, von A. BROCA. (*Journ. d. prat.* 1904. Nr. 46.) Bei einem sechs Monate alten Säugling mit hereditärer Syphilis entstand unter dem rechten Kieferwinkel ein Drüsenabscefs, der die seitliche Pharynxwand hinter der Tonsille stark nach innen vorwölbte; das Kind war dyspnoisch und hatte sichtlich grofse Beschwerden beim Saugen und Schlucken. Obwohl der Eiter der Pharynxwand viel näher lag als der Haut, wurde doch von aufsen her eröffnet, ein Verfahren, das bei lateropharyngealen

Digitized by Google

Abscessen der Inzision vom Rachen aus stets vorzuziehen ist. — Br. glaubt nicht, dafs der Abscefs syphilitischer Natur war; wahrscheinlich dienten nur die vorhandenen luetischen Exkoriationen der Haut und der Schleimhaut als Eingangspforte für banale pyogene Mikrobien. *Götz-München.*

Die hereditäre Knochensyphilis (Parrotsche Krankheit), von Kirmisson. (*Journ. d. prat.* 1904. Nr. 38.) Kurze Schilderung der von Parrot unter dem Namen „syphilitische Pseudoparalyse" beschriebenen hereditären Knochensyphilis und Mitteilung eines charakteristischen Falles. *Götz-München.*

Die Syphilis des Auges, von Galezowski. (*Recueil d'Ophthalm.* Septbr. 1904.) G. rät von den Quecksilberinjektionen bei syphilitischen Augenerkrankungen ab; er zieht die Inunktionskuren vor, und zwar läfst er täglich 2—4 g graue Salbe fünf Minuten lang einreiben. Nach je zehn Einreibungen läfst er fünf Tage, nach 40 Einreibungen zehn, höchstens 15 Tage pausieren und setzt das zwei Jahre hindurch fort. Jodkalium gibt er nicht, weil dieses das eingeführte Quecksilber aus dem Organismus rasch eliminiert und dadurch dessen heilsame Wirkung verhindert. *Götz-München.*

Die visceralen Erscheinungen der sekundären hereditären Lues in den Atmungsorganen und der Leber, klinischer Vortrag von Gaucher. (*Gaz. des Hôpitaux.* 1904. Nr. 120.) Vortragender gibt eine Übersicht des pathologisch-anatomischen Befundes bei der hereditären Lues in ihrer Lokalisation im Kehlkopf, den Lungen und der Leber; bringt nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von syphilitischer Lebercirrhose mit Pachydermie des Beines, von Benenati. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1904. Nr. 20.) Der Patient kam in extremis in die Klinik und starb nach drei Tagen. Bei der Autopsie konstatierte man unter anderem eine Lebercirrhose im Stadium zwischen der Hypertrophie und der Atrophie, chronische interstitielle Nephritis, sowie ein diffuses chronisches Fibrom infolge von chronischem Beingeschwür. Die syphilitische Natur dieser Veränderungen war unzweifelhaft, war aber intra vitam nicht erkannt worden; der Patient war einfach aus dem Militärdienste nach einem kürzeren Spitalaufenthalte nach Hause entlassen worden wegen eines sehr rasch um sich greifenden Ulcus cruris. Verfasser macht hier auf dieses verhängnisvolle Mifsverständnis aufmerksam; tertiäre Ulcerationen an den Beinen werden öfters von den praktischen Ärzten für einfache Ulcera cruris gehalten. *C. Müller-Genf.*

Die syphilitische Nebenhodenentzündung, von John Miller. Aus der k. Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Berlin, Prof. Lesser. (Inaug.-Diss. Berlin 1904.) Kasuistisch-kritische Arbeit. Die Literaturangabe umfafst 64 Nummern. *Fritz Loeb-München.*

Über familiäre Tabes dorsalis und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Erkrankung, von Wilhelm Croner-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 49.) Verfasser berichtet über zwei Gruppen von je drei Brüdern, die an Tabes dorsalis litten oder noch leiden. Von der ersten Gruppe sind zwei Brüder an Tabes gestorben, der dritte lebt als Tabetiker, eine sehr nervöse Schwester starb an Schlaganfall. Ob die Verstorbenen luetisch waren, ist unbestimmt, der Lebende hat Lues gehabt. Die drei Brüder der zweien Gruppe sind tot, sie hatten alle Lues gehabt. Die Syphilis spielt in bezug auf die Ätiologie der Tabes eine ganz hervorragende Rolle und übertrifft an Häufigkeit und Bedeutung alle übrigen ätiologischen Momente, doch glaubt Verfasser, dafs daneben andere Momente bei der Entstehung der Krankheit mit tätig sein müssen. Dafür spricht 1. dafs eine Heilung durch antiluetische Behandlung nicht

erzielt wird, 2. Fälle von Tabes ohne Syphilis, 3. die Fälle von hereditärer und noch mehr von familiärer Tabes; letztere beweisen, dafs eine erzeugte Disposition für die Krankheit besteht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Traumatische Psychose bei latenter Syphilis. Ein Beitrag zum Kapitel Syphilis und Trauma, von P. Stolper-Göttingen. (*Ärztl. Sachverständigen-Ztg.* 1904. Nr. 6.) Verfasser hat zwei hierher gehörende Fälle beobachtet. Bei dem ersten handelte es sich um einen 36 Jahre alten Maurer, der eine Kontusion der Stirngegend erlitten. Danach war eine kurze Bewufstlosigkeit eingetreten, und allmählich zeigte sich Verblödung und Kräfteverfall. Erst 1³/₄ Jahre später klärte sich die Sachlage, es bildete sich eine stinkende, geschwürige Erkrankung der Nasenschleimhaut und ein ulceriertes Gumma am linken Oberarm.

Die Erscheinungen von seiten des Gehirns sind nach Ansicht des Verfassers zweifellos durch eine syphilitische Erkrankung im Schädelinnern (Pachymeningitis gummosa) bedingt. Das Auftreten der letzteren hat sich unmittelbar an einen heftigen, von Bewufstlosigkeit gefolgten Schlag gegen den Gesichtsschädel entwickelt und von da an stetig fortschreitend den allgemeinen Gesundheitszustand geschädigt. Es mufs also der Unfall als auslösendes Moment für das Aufflackern der bis dahin latenten konstitutionellen Erkrankung angesehen werden.

Bei dem zweiten beschriebenen Falle war ein 53 Jahre alter Mann zwei Stockwerke herabgestürzt. Es stellte sich eine Gehirnerschütterung mit zweitägiger Bewufstlosigkeit ein, in der Folge trat geistige Schwerfälligkeit, Gedächtnisschwäche, Schwermut ein. Da Patient gleichzeitig an spezifischen Unterschenkelgeschwüren litt, so glaubt sich Verfasser berechtigt, auch hier eine spezifisch syphilitische Affektion des Gehirns, ausgelöst durch den Unfall, annehmen zu können.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Syphiloserien, von H. Gillet. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 41.) G. befürwortet eine strenge Reglementierung der Prostitution; er verlangt ferner, dafs die Syphilitiker ebenso isoliert werden wie die Träger anderer Infektionen, z. B. die Leprösen, und wie für diese die Leproserien errichten worden sind, so brauchten wir auch Syphiloserien für die Syphilitischen. *Götz-München.*

Grundsätze der Syphilisbehandlung, von Karl Hoch. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Als Hauptgrundsätze in der Behandlung der Syphilis mögen gelten: „Die Queckeilberbehandlung per os vermeiden, wo es geht; keinen Schematismus, kein unnötiges Überladen des Organismus mit Quecksilber, wie es der Schematismus mit sich bringt, sondern streng individualisieren, den Patienten und seine Syphilis streng individuell behandeln, dann werden wir in sehr vielen Fällen mit weit weniger Quecksilber auskommen, als Fournier und Neisser verlangen." Die Arbeit ist unter der Leitung von v. Düring entstanden. *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der Syphilis infantium, von W. S. Gottheil-New York. (*Arch. of Pediat.* Okt. 1904.) Die von G. empfohlene Therapie ist im allgemeinen die sonst von den meisten Spezialisten bevorzugte. Möglichst frühzeitiger Beginn der Behandlung, womöglich schon der Mutter während der Gravidität, ist anzuraten. Jodsalze können den Säuglingen auf dem Wege der Muttermilch beigebracht werden. Von Hg-Präparaten findet G. am geeignetsten das Quecksilber mit Kreide (0,015—0,06 ter die) oder auch die Applikation einer mit Ungt. hydrarg. praecip. alb. bestrichenen Binde, die um den Leib gebunden und zweimal täglich erneuert wird. Erst nach Beendigung des ersten Lebensjahres ist die offizinelle graue Salbe zulässig. Sublimatbäder (0,6—1,2 $HgCl_2$ pro kleine Wanne) von 10—15 Minuten Dauer, ein- bis zweimal zu geben, hat G. entschieden wirkungsvoll gefunden. Sublamin (2,0 pro Bad) ist auch empfehlenswert. Kalomel mit Amylum aa ist für Condylomata nützlich, Argent. nitric.

Digitized by Google

(0,6 : 30,0), sowie 10%ige Hg-Oleatsalbe finden an der Nase vielfach Verwendung. Für die Dauer der Behandlung gelten die gleichen Grundsätze wie bei Erwachsenen: dreijähriges intermittierendes Behandeln, nachher solange, als sich Symptome zeigen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis infantium, von G. F. Still - London. (*Lancet.* 19. Nov. 1904.) Der Vortrag umfaſst in groſsen Zügen die Erscheinungen der kongenitalen Syphilis, ohne wesentlich neue Momente darzubieten. Als bemerkenswert mag die Äuſserung S.s angeführt werden, daſs er noch keinen Fall einer Übertragung des Leidens durch ein kongenitalsyphilitisches Kind beobachtet habe. Von anderer Seite ist gerade die hereditäre Syphilis als besonders infektionskräftig (Diday, Bulkley) bezeichnet worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Verwendung der Kalomelölsalbe (Unguentum Heyden) zu antisyphilitischen Schmierkuren, von A. Neisser und C. Siebert-Breslau. (*Mediz. Klinik.* I. Nr. 1. Dez. 1904.) Jeder, der nicht nur theoretisch mit der Syphilisbehandlung, sondern auch praktisch sich mit der Behandlung Syphilitischer beschäftigt, wird zugeben müssen, daſs man oft trotz unseres scheinbar so groſsen Arsenals an Behandlungsmöglichkeiten in Verlegenheit ist, wie man eine wirkungsvolle Kur durchführen soll, und daſs demnach jede Bereicherung unserer ärztlichen Kunst erwünscht ist, um in all den unzähligen Fällen, wo sich Schwierigkeiten ergeben, diese Hindernisse überwinden zu können. Aus diesem Grunde empfehlen Verfasser eine Schmierkur mit Kalomelöl als angenehmer und leichter durchführbar, weil sie durch die weiſse Farbe der Salbe sauberer ist, besonders wo es sich nicht um sehr schwere Erscheinungen handelt. Kalomelöl ist ein kolloidales Kalomel, löslich in kaltem Wasser 1 : 50, neutral reagierend, frei von Sublimat und enthält 75% Kalomel und 25% Eiweiſsstoffe, was einem Gehalt von 66% Quecksilber entspricht. Die Kalomelölsalbe (Ung. Heyden) enthält 30% Quecksilber, sie läſst sich nicht so gut verreiben wie Ung. ciner., ist aber reinlicher. Mit dieser Salbe wurden 54 Fälle behandelt, und zwar betrug die Einzeldosis der Inunktion 5—10 g, zuletzt nur 8—10 g. Elf Fälle wurden sehr schnell beeinfluſst, bei 37 verschwanden die Erscheinungen im Laufe der Kur, die durchschnittlich 30 Einreibungen umfaſste, sechs Fälle wurden wenig beeinfluſst. Reizerscheinungen der Haut wurden niemals beobachtet. Die Kuren sind also trotz der Tagesdosis von 10 g oft recht milde und nicht sehr energisch, aber doch brauchbar. Empfehlenswerter ist die Salbe mit einem Zusatz von 2% freiem Quecksilber bei einer Dosis von täglich 6 g, wie es jetzt das Ung. Heyden bereits enthält. Intern verabreicht oder subcutane oder intramuskuläre Injektionen von Kalomelöllösungen sind nicht zu empfehlen, dagegen wirkt das Pulver lokal günstig auf luetische Erscheinungen, z. B. auch bei ulcerösen und impetiginösen Syphiliden und nässenden Papeln. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Unsere Resultate mit der Serotherapie bei Syphilis, von Risso und Cipollina. (*Rif. med.* 1904. Nr. 48.) Bei ihren Experimenten benutzten die Verfasser Blut von Syphilitikern in voller Sekundärperiode, die keiner anderen Behandlungsmethode unterzogen worden waren. Dieses Blut wurde Hunden injiziert, deren Blut acht Tage nach der letzten Injektion zur Bereitung des Heilserums verwendet wurde. Die Resultate dieser Behandlungsweise waren sehr erfreuliche und übertreffen alle bisherigen bedeutend. Die papulösen und makulösen Eruptionen verschwanden viel rascher als mit der Quecksilberbehandlung. Auch tertiäre Erscheinungen wurden sehr günstig beeinfluſst. In zwei Fällen kam es zu partiellen Rezidiven, die aber unter einer erneuerten Serotherapie schwanden. *C. Müller-Genf.*

Ein Beitrag zur Serumtherapie der Syphilis, von Justin de Lisle-New York. (*New York med. Journ.* 24. Dez. 1904.) Verfasser schickt zwar der Beschreibung

seiner Fälle theoretische Betrachtungen über die Bakteriolyse und deren eventuellen Zusammenhang mit den Alexinen und den sog. Sensibilisatoren und deren Gegenkörpern voraus, bringt aber keine Angabe, welcher Art das von ihm angewandte Syphilisserum ist, und auf welche Weise es gewonnen wurde. Die Zahl der mit Serum behandelten Fälle soll schon ca. 100 und die Erfolge in Übereinstimmung mit jener des Verfassers, der sie zum Teil von anderen Ärzten kontrollieren liefs, grofsenteils vorzügliche sein. In einer ersten Reihe von Fällen handelte es sich um Früherscheinungen von Syphilis (Exantheme, Drüsen, hartnäckige Ulcera); es wurden alle acht Tage 10 ccm des Serums injiziert. Die Erfolge wurden in einem Falle durch den negativen Ausfall der Agglutinationsprobe, in einem anderen durch vorzeitige Verheiratung und Intaktbleiben der Ehefrau (jedoch nur nach zehnmonatlicher Beobachtungszeit! Ref.) kontrolliert. Von den beiden mitgeteilten Fällen von vorgeschrittener Syphilis (Hautgeschwüre, seit vier Jahren bestehende Ataxie) wurde der eine nach acht Seruminjektionen ebenfalls ganz auffallend günstig beeinflufst, indem sowohl die Haut- wie die Nervenerscheinungen völlig zurückgingen. Interessant ist, dafs Verfasser vorhatte, das Blut eines mit Serum geheilten Patienten auf zwei zum Tode verurteilte junge Leute zu überimpfen und die dazu notwendige Einwilligung der Behörden erhielt, der Versuch aber durch die Alarmartikel der Presse unterbleiben mufste.

Stern-München.

Verschiedenes.

Turbanverband, von Caesar Philip-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 1.) Ein rechteckiges Stück Billrothbattist, ca. 20 cm breit und dem Umfange des Kopfes entsprechend lang, wird rings um den Kopf gelegt und an den Enden provisorisch mit einer Stecknadel zusammengeheftet. Über seinen dem Kopf anliegenden Rand wird ein 5 cm breiter Leukoplaststreifen in der Weise geführt, dafs das Pflaster zur Hälfte auf dem Kopf, zur Hälfte auf dem Battist klebt. Über den Ohren wird der Leukoplast eingeschnitten, damit die Ohrmuschel frei bleibt. Oben wird der Battist, nachdem auf den Kopf die nötigen Medikamente, Verbandstoffe usw. appliziert worden sind, mit Sicherheitsnadeln zusammengesteckt.

Der überaus einfache, bequem anzulegende und festsitzende Turbanverband hält 8—14 Tage. Er eignet sich aufser für Kopfverletzungen für die Behandlung mit schmutzenden oder stark wirkenden Substanzen; Ph. hat unter ihm bei einem fünfjährigen Kinde wochenlang Chrysarobin angewendet, ohne dafs eine Reizung der Augen eintrat.

Götz München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google

Fig. 1.

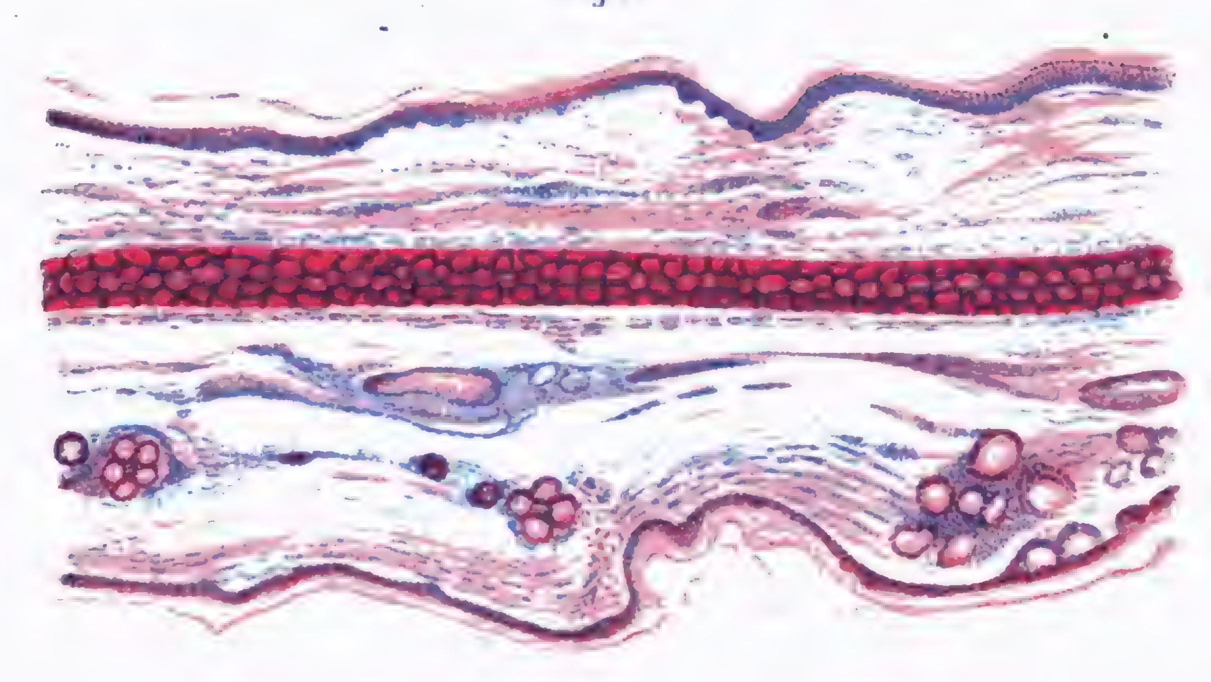
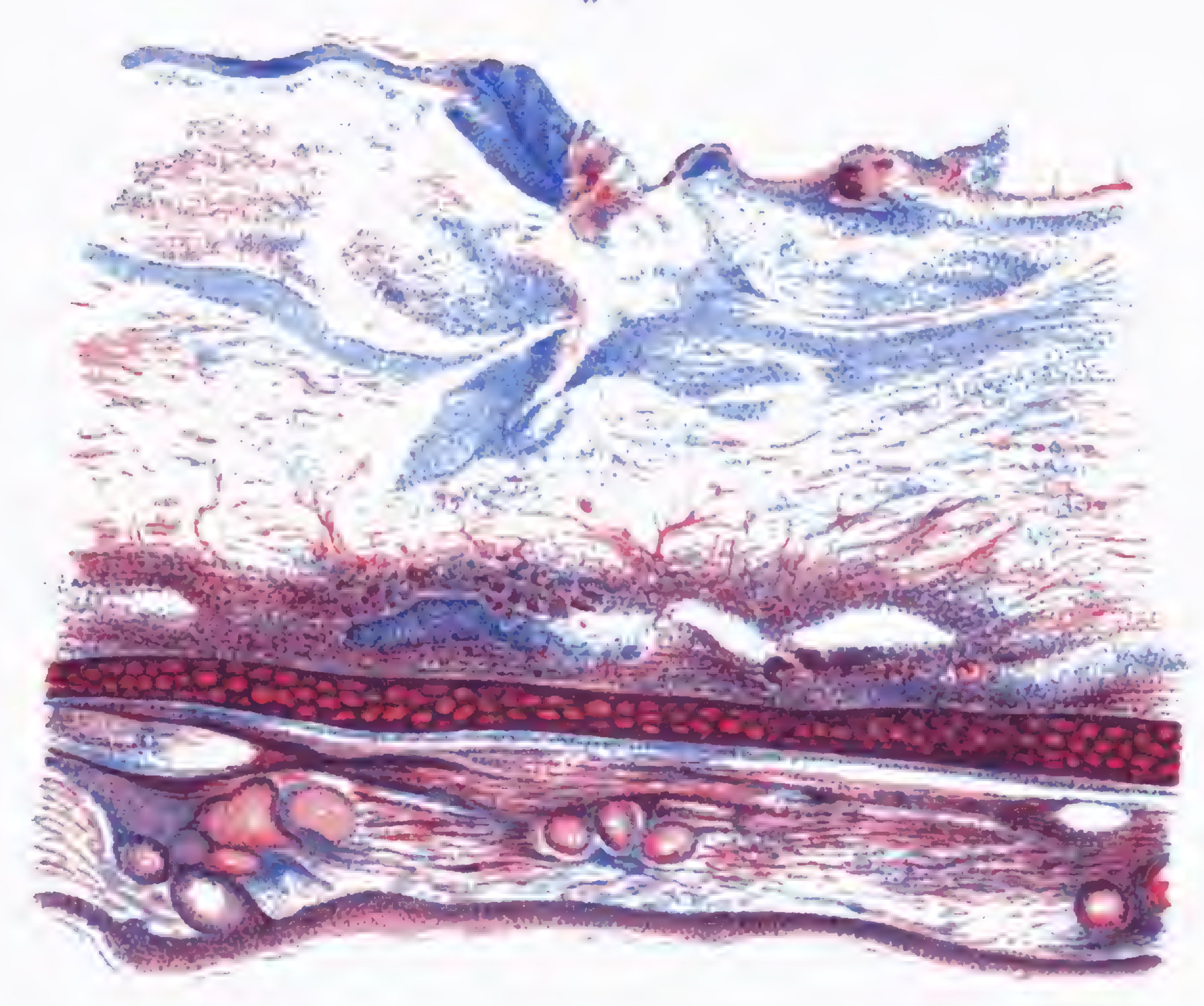


Fig. 2.



v. Veress.

Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. No. 9. 1. Mai 1905.

Beitrag zur Gewinnung der Variolavaccine.

Von

Dr. L. Voigt,
Oberimpfarzt zu Hamburg.

Mit vier Tafeln.

Im Jahre 1863 hat eine Kommission zu Lyon die Frage der Übertragbarkeit des Menschenblatternstoffes auf das Rind und seine Umwandlung in Vaccine auf Grund angestellter umfänglicher Übertragungsversuche in verneinendem Sinne entscheiden zu sollen geglaubt. In Frankreich hält man an dieser Entscheidung noch immer fest, obwohl seither zahlreiche Umwandlungen des Contagiums der Pocken in Vaccine, namentlich in Deutschland, der Schweiz, England, ja auch in Frankreich selbst gelungen und für die Impfung der Bevölkerung allgemein ausgenutzt worden sind. In Frankreich hat man, weil diese erfolgreichen Übertragungsversuche, ihrer Eigenart nach, fast sämtlich in Impfstoffgewinnungsanstalten ausgeführt worden sind, die Zulässigkeit der Annahme, es habe sich so eine neue Variolavaccine gebildet, bestritten mit dem Einwand, bei diesen Versuchen habe lediglich eine zufällige Übertragung der Vaccine zugleich mit der Variola auf das Rind stattgefunden, nur die Vaccine sei fortgepflanzt worden, während die Variola an den Tieren, wie immer, abortiert sei. Demgegenüber muſs man freilich die Möglichkeit gleichzeitiger Übertragung der beiden Contagien zugeben, aber auch darauf hinweisen, daſs eine solche Übertragung sich leicht vermeiden läſst, und daſs die Vaccine sich am Rinde überhaupt nur bei unmittelbarer Übertragung fortpflanzt; zufällige Übertragungen der Vaccine von einem Kalbe oder Rinde auf das andere kommen in den Impfanstalten nicht vor. Zudem ist z. B. die Variolavaccine Fischers im Jahre 1886 gar nicht in einer Impfanstalt, sondern im Anschluſs an eine Pockenstation entstanden, in der es zur Übertragung von Vaccine auf das Kalb gar nicht kommen konnte. Bei den noch obwaltenden Zweifeln an der Möglichkeit des Entstehens der Variolavaccine und bei der Seltenheit des Gelingens der Umwandlung des Pockencontagiums

zur Vaccine ist es ratsam, erfolgreiche Versuche zu veröffentlichen. Geschieht das, so wird man wohl auch noch der Ursache des so häufigen Fehlschlagens der Versuche näher kommen und sie zu vermeiden lernen. Das ist dringend zu wünschen, denn es gibt keinen wirksameren Kuhpockenimpfstoff als junge Variolavaccine.

In der Hamburger Staatsimpfanstalt ist es mir im Jahre 1881 bei Verimpfung der Variola humana auf mehrere Kälber einmal geglückt, eine Vaccinepustel, die Stammutter des Hamburger Variolavaccinestammes von 1881 zu gewinnen. Seitdem habe ich mich noch 17mal bemüht, einen neuen Stamm zu erlangen, aber erst im vorigen Sommer 1904 das erwünschte Ziel sicher erreicht. Böte das Kalb einen für diese Umzüchtung günstigen Boden, so hätte mir die Umwandlung viel öfter gelingen müssen. Wiederholt ist darauf hingewiesen, man solle bei solchen Versuchen reichlichen Pockenstoff auf das Versuchstier übertragen. HACCIUS[1] in Genf hat empfohlen, die zur Inokulation bestimmte Fläche des Kalbes in großem Umfange mit Sandpapier wund zu reiben und sie mit Pockenstoff zu bestellen. CHAUMIER in Plessis les Tours[2] hat sich reichlichen Pockenstoff zu seinem erfolgreichen Variolavaccineversuch verschafft dadurch, daß er viele Pusteln der Pockenkranken mit der Curette ausschabte. Ich bin mehrmals in der Lage gewesen, reichliche Mengen klaren Pockenpustelinhalts auf ein Kalb zu übertragen, habe aber damit nur den einen Erfolg gehabt. Glücklicher bin ich neuerdings gefahren, als ich die Borken der Pockenpustel in Form einer Emulsion auf Kälber verimpfte.

Man hat in Berücksichtigung des Umstandes, daß nach der Übertragung des Inhaltes des allgemeinen Menschenpockenausschlages auf das Kalb in den meisten Fällen keine Vaccine entstand, versucht, anstatt des Pustelinhaltes dieses sekundären Ausschlages, die Lymphe des Primärausschlages, also der Inokulationspustel, auf das Kalb zu übertragen. Zu diesem Zwecke hat man, da die Menschenimpfung mit Pockenstoff bei uns unerlaubt ist, Affen mit Menschenpockenstoff inokuliert und den Inhalt der Inokulationspustel des Affen zur Impfung des Kalbes verwendet. EILERTS DE HAAN[3] in Batavia und MONCKTON COPEMAN[4] in London haben auf diese Weise Variolavaccine bekommen. Meine im Winter 1893 zu gleichem Endziel an Rhesusaffen angestellten Versuche mußten nach zwei-

---

[1] HACCIUS, Variolavaccine, Réponse à mons Chauveau, Genf 1892.

[2] CHAUMIER, E., Transformation de la Variole en Vaccine. *Gaz. méd. du Centre.* 1903. Nr. 3.

[3] DE HAAN, EILERTS, Jaarsverslag II & III van het Parc vacinogene te weltevreden. Ernst & Co., Batavia 1893, 1894.

[4] MONCKTON COPEMAN, C., The interrelationship of variola and vaccinia. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Par.* 1903. Nr. 23.

Digitized by Google

maligem Fehlschlag der Affenvariola an den Kälbern, weil äufsere Schwierigkeiten in den Weg traten, abgebrochen werden; man erreicht das gewünschte Ziel also auch auf diesem Wege nicht jedesmal.

Seit $2^1/_2$ Jahren bin ich in der Lage, in der Hamburger Anstalt mit Kaninchen zu arbeiten; seitdem habe ich jede Gelegenheit zur Variolisierung der Kaninchen ergriffen und, in ähnlicher Weise wie diejenige von CALMETTE und GUÉRIN[5] in Lille, 21 solcher Tiere inokuliert. Die Versuche mit den Kaninchen zeichnen sich aus durch Handlichkeit und Billigkeit. Wird die Variola humana auf die Hornhaut des Kaninchenauges übertragen, so entsteht dort keine stärkere Reaktion als nach Verimpfung der Vaccine, das Auge geht nicht verloren. Das gleiche gilt von der Inokulation des Kaninchenrückens. Man seift und rasiert eine etwa 8—10 cm lange ovale Stelle, welche sich hernach klebrig anfühlt; sie ist der obersten Schicht der Epidermis beraubt und bietet dem einfach aufgestrichenen Contagium offenen Zugang. Von meinen am Rücken mit Pockenstoff inokulierten 14 Kaninchen bekamen vier bis fünf Tiere an der Inokulationsfläche binnen zwei bis drei Tagen deutliche Papeln, fünf bis sechs nur trockene Abschilferung der gereizten und rasch abtrocknenden Epidermis, bei drei Tieren zeigte sich gar nichts, bei einem nur eine undeutliche Petechie. Offenbar sind die Papeln die höchst entwickelte Ausschlagsform, sowohl der Variola wie der Vaccine am Kaninchenrücken. Die Bläschen bleiben so klein, dafs man sie wohl Papeln nennen kann. Es empfiehlt sich, jüngere Kaninchen zu den Versuchen zu benutzen, weil sie besonders handlich sind und eine zarte Haut besitzen. Die im folgenden geschilderten Versuche führten zur Gewinnung neuer Variolavaccinestämme.

Am 4. März 1904 überbrachte mir Herr Physikus PFEIFFER einige Kapillaren mit Pockenpustelinhalt und eine Anzahl Pockenborken, die von einigen Pockenkranken in Flensburg stammten, im Juni wurde mir durch die Freundlichkeit des Herrn Medizinalrat KLOSE in Oppeln ein kleines Fläschchen eingeschickt, welches eine Pockenborkenemulsion enthielt, eine ziemlich klare Flüssigkeit, die aus etwa einem Teil Pockenborken und neun Teilen Glycerinwasser hergestellt worden war.

Die in den Kapillaren enthaltene Pockenlymphe aus Flensburg wurde noch im März, also möglichst frisch, auf die Haut von drei Kaninchen übertragen, ohne wesentliche charakteristische Erscheinungen hervorzurufen; die mäfsig gereizte Haut ergab nur eine ziemlich starke Abschelberung. Eins der Tiere wurde am dritten, ein anderes am vierten, das letzte am fünften Tage nach der Inokulation getötet, die Impfstellen wurden abgeschabt. Das Geschabsel wurde mit etwas Glycerin versetzt, am 14. März

---

[5] CALMETTE et GUÉRIN, Sur la régeneration des vaccins vaccinaux atténués. *Comptes rend. de lo Soc. de Biol.* 1902. S. 558.

dem Kalbe Nr. 6 an drei Stellen verimpft, einer vierten Stelle dieses Kalbes wurde der Inhalt einer Kapillare mit Flensburger Pockenlymphe inokuliert. Während letztere Stelle reaktionslos blieb, lieferten die anderen drei mit Kaninchengeschabsel geimpften Stellen mehrere Knötchen. Diese Knötchen wurden gröfser und trockneten sehr langsam ein und ab; ihr Inhalt lieferte, nachher auf weitere zwei Kälber übertragen, keine Pusteln, sondern nur Knötchen, besafs also keine Fortpflanzbarkeit. Hier entstand nur das gewöhnliche Bild, entsprechend den Beobachtungen der Lyoner Kommission von 1865.

Erfolgreicher gestaltete sich die Verimpfung der Pockenborken, sowohl der Flensburger Pockenborken, welche drei Monate lang im Eisschrank aufbewahrt worden waren, wie der aus Oppeln eingesandten Pockenborkenemulsion vom Juli 1904. Bei den nun folgenden Versuchen sind an den beiden Kälbern Nr. 26 und 27 mit verschiedenen Pockenstoffen sieben Impffelder bestellt worden und es ist auf fünf dieser Felder Variolavaccine entstanden.

Mit einer aus Flensburger Pockenborken frisch hergestellten Glycerinemulsion wurden die Kaninchen Nr. 50, 53 und 54 am rasierten Rücken bestrichen. Binnen drei Tagen entstanden an Nr. 50 und 53 mehrere trockene Papeln, an Nr. 54 schöne grofse Papeln (Tafel I, Figur 1). Die Tiere wurden getötet, ihre Impfflächen abgekratzt, das Abschabsel mit physiologischer Kochsalzlösung emulsioniert und am 4. Juli auf das Kalb Nr. 26 mit etwa 15 Schnitten auf eine nahe der Schulter belegene Fläche übertragen. Gleichzeitig wurden noch drei andere Impfflächen des Kalbes angelegt und in ähnlicher Weise mit Pockenstoff inokuliert. Die zweite Impffläche auf den Rippen erhielt Oppelner Kaninchenvariola, die dritte Impffläche Oppelner Pockenborkenemulsion, die vierte, am Damm belegene Impffläche wurde mit Flensburger Pockenborkenemulsion bestellt; nur letztere Impffläche blieb steril. Auf der mit Flensburger Kaninchenvariola geimpften Fläche entwickelten sich am vierten Tage mehrere Papeln und Gruppen von Papeln, die sich am fünften Tage zu Pusteln vergröfserten (Tafel I, Figur 3a), am sechsten Tage noch gröfser geworden waren (Tafel II, Figur 4a) und fast sämtlich für weitere Verimpfung ihres Inhaltes abgekratzt wurden. Die unbeschädigt gebliebenen sowie die curettierten Pusteln wuchsen langsam und trockneten ein, ohne eitrig zu werden (Tafel II, Figur 5a). Die meisten Borken lösten sich am 26. Juli, d. i. am 22. Tage nach der Inokulation. Hier entstand also am Kalbe Nr. 26 aus Flensburger Pockenborken, auf dem Umwege über die Kaninchen, ein neuer Stamm der Variolavaccine. Dieselbe Flensburger Pockenemulsion verfehlte dieses Ziel, als sie unmittelbar auf das Kalb Nr. 26 und ebenso als sie am 12. Juli unmittelbar auf das Kalb Nr. 27 übertragen worden war.

Wirksamer war die Oppelner Pockenborkenemulsion; sie unterschied

Digitized by Google

sich durch stärkere Verdünnung, 1 : 10, von der in Hamburg üblichen und für den Flensburger Stoff angewendeten Verdünnung 1 : 3. Aufserdem hatten die Flensburger Borken beinahe vier Monate im Eisschrank gelegen, während die Sendung aus Oppeln erst vor kurzem eingetroffen war.

Die Oppelner Emulsion lieferte auf dem Rücken der vier Kaninchen Nr. 51, 52, 56 und 57 am dritten Tage bei den Kaninchen Nr. 51 und 56 Papeln (Tafel I, Figur 2). Beide Tiere wurden getötet, ihre Impfflächen abgekratzt, mit Glycerinwasser emulgiert und den Kälbern Nr. 26 und 27 verimpft. Am Kalbe Nr. 26 entstanden zwei kleine Gruppen von Knötchen, die zu kleinen Pusteln wurden — Variolavaccine Nr. 2 — (Tafel I, Figur 3b, Tafel II, Figur 4b und Figur 5b). Am Kalbe Nr. 27 entwickelten sich mehrere Pusteln — Variolavaccine Nr. 4 — (Tafel II, Figur 7a und Figur 9a).

Die den beiden Kälbern unvermittelt eingeimpfte Oppelner Pockenborkenemulsion rief am Kalbe Nr. 26 einzelne Gruppen von Knötchen und alleinstehende Knötchen hervor, die, soweit als die Abimpfung nicht dazwischentrat, langsam zu Pusteln anwuchsen — Variolavaccine Nr. 3 — (Tafel I, Figur 3c, Tafel II, Figur 4c und Figur 5c). Am Kalbe Nr. 27 entstanden zahlreiche sehr schöne Pusteln — Variolavaccine Nr. 5 — (Tafel III, Figur 8).

Die Kälber Nr. 26 und 27 sind, das eine am 13., das andere am 14. Tage nach der Inokulation einer Probeimpfung mit verschiedenen kräftigen animalen Vaccinen unterworfen worden. Beide Probeimpfungen abortierten vollständig (Tafel II, Figur 6, Tafel III, Figur 9c). Die Tiere waren also durch die Inokulation immunisiert worden. An beiden Tieren liefs sich während der ganzen Beobachtungszeit, obwohl sie täglich genau besichtigt wurden, keinerlei besondere Krankheitserscheinung entdecken, es kam auch zu keinerlei allgemeinem Ausschlag, und ihre Körperwärme stieg nicht im geringsten.

Letzteres gilt auch für die folgenden Generationen dieser Variolavaccinen, die Temperaturverhältnisse blieben durchaus in den Grenzen derjenigen, welche immer bei vaccinierten Kälbern vorkommen. Eine Spur eines allgemeinen Ausschlages ist erst in der zweiten Generation und nur dieses eine Mal, hernach nie wieder bemerkt worden.

Die an den beiden Kälbern Nr. 26 und 27 neu entstandenen Variolavaccinen sind seitdem getrennt weitergezüchtet und zunächst auf zwei voneinander getrennte Flächen des Kalbes Nr. 28 übertragen worden. An beiden Flächen zeigten sich am fünften Tage (Tafel IV, Figur 10a vom Flensburger, Figur 10b vom Oppelner Ursprung) prachtvolle Vaccinepusteln, die bei warmem Wetter erst nach siebenmal 24 Stunden Zentralborken bekamen, also sehr langsam reiften. Bei diesem Kalbe fand sich am neunten Tage nach der Impfung im Munde an der Übergangsstelle des

Oberkiefers zur Backe eine weifse Pustel von etwa 0,6 cm Durchmesser von derber Beschaffenheit, denn sie war am 15. Tage noch als weifsliche Stelle sichtbar. Am zwölften Tage hatte sich neben der ersten eine zweite, etwas kleinere Pustel gebildet, beide wurden bis zum 15. Tage flacher. Das Kalb Nr. 28 wurde am neunten Tage einer Probeimpfung mit kräftigem Kuhpockenstoff unterzogen, die binnen 120 Stunden in gleicher Weise wie die Probeimpfungen der Kälber Nr. 26 und 27 abortierte (Tafel IV, Figur 11). Das langsame Wachstum der Pusteln der jungen Variolavaccine wiederholte sich in den folgenden Generationen, geradeso wie das in Hamburg früher schon bei der im Jahre 1881 entstandenen ersten Hamburger Vaccine beobachtet worden ist. Desgleichen wiederholte sich der ebenfalls damals beobachtete, geradezu glänzende Erfolg der mit dem neuen Stoff ausgeführten Impfungen und Wiederimpfungen, sowie die dauerhafte Wirksamkeit dieses aufbewahrten Impfstoffes. Ich darf annehmen, dafs die mit diesem kräftigen Impfstoff vaccinierten Kinder nach Ablauf von elf Jahren die Spuren eines ihnen innewohnenden dauerhaften Impfschutzes im geringen Erfolge der dann an ihnen zu vollziehenden Revaccination aufweisen werden.

Die Variolavaccine des Jahres 1881 ist immer von Kalb zu Kalb fortgepflanzt worden unter Verimpfung ihres Rohstoffes ohne Glycerinzusatz, sie behielt ihre hervorragende Wirksamkeit bis ins folgende Jahr. Es bleibt abzuwarten, ob die Variolavaccine des Jahres 1904 bei ihrer Verwendung als Glycerinemulsion ihre Wirksamkeit ebensolange bewahren wird.

Zur Probeimpfung auf Kinder wurden die an den Kälbern Nr. 28 und 29 entstandenen zweiten und dritten Generationen beider Stämme benutzt; sie wirkten tadellos. Nach Feststellung dieser Tatsache ist die dritte Generation des neuen Impfstoffes zunächst für die um Ende August 1904 fälligen Wiederimpfungen zahlreicher Volksschüler, hernach auch für Kleinkinderimpfungen mit vollkommenem Erfolge herangezogen worden (Tafel IV, Figuren 12 und 13).

Wir haben in der Hamburger Anstalt die aus Flensburger Pockenborke hervorgegangene Variolavaccine fortgepflanzt. Aus den Oppelner Pockenborken war auch in Oppeln selbst ein neuer Variolavaccinestamm entstanden, der zweifelsohne dort weiterhin fortgezüchtet und beobachtet werden wird.

Gegen die Abstammung der neuen Variolavaccine von der Variola könnte man den eingangs erwähnten Einwurf erheben, der Versuch beweise nichts, weil in einer Impfanstalt gemacht, in der es leicht zu einer zufälligen Übertragung von Vaccine auf eins der ungeimpften Tiere kommen könne. Hierauf ist zu erwidern: eine zufällige Übertragung war ausgeschlossen, weil sich keine mit Vaccine geimpften Tiere in der Anstalt

Digitized by Google

befanden, das letzte geimpfte Kalb war vor zwölf Tagen fortgegeben, von den geimpften Tieren konnte also keine Übertragung stattfinden. Des weiteren boten auch die Räume, in denen die Versuche angestellt wurden, und die Geräte oder Utensilien, die dabei benutzt wurden, keinerlei Gelegenheit zur Übertragung von Vaccine. Die inokulierten Kaninchen und Kälber befanden sich in einem vom Impfstall völlig getrennten Beobachtungsstall, in den noch nie ein geimpftes Tier gelangt ist und für den besonderes Gerät und besonderes Geschirr vorhanden ist, das niemals mit dem Impfgerät in Berührung kommt, zudem waren alle Instrumente und Utensilien auch noch vor dem Gebrauche sterilisiert worden. Noch überzeugender spricht für die Eigenart der Variolavaccine ihre, die gewöhnliche Vaccine bei weitem übertreffende Virulenz und ihre langsamere Reifungsdauer.

Das Ergebnis der vorstehenden Beobachtungen darf man wohl dahin zusammenfassen:

1. Pockenborken sind ein für die Gewinnung der Variolavaccine wertvolles Material, das neben der Lymphe und dem Gewebe der Pockenpustel zur Impfung der Versuchstiere benutzt werden sollte.

2. Zu den Umzüchtungen der Variola zur Vaccine kann man Kaninchen mit einiger Aussicht auf Erfolg als Zwischenträger benutzen.

Erklärung der Tafeln.

Tafel I, Figur 1: Variolapine am Kaninchen Nr. 54, hervorgegangen aus Flensburger Pockenborkenemulsion, horas 3 × 24 post inoculationem. p = deutliche Papeln.

Figur 2: Variolapine am Kaninchen Nr. 56, hervorgegangen aus Oppelner Pockenborkenemulsion, horas 3 × 24 post inoculationem. p = deutliche Papeln.

Tafel I, Figur 3, und *Tafel II, Figur 4, 5, 6* zeigen das Kalb Nr. 26.

Figur 3a, 4a, 5a: Variolavaccine Nr. 1, hervorgegangen nach Verimpfung der aus Flensburger Pockenborken am Kaninchen Nr. 54 entstandenen Papeln.

Figur 3b, 4b, 5b: Variolavaccine Nr. 2, hervorgegangen nach Verimpfung der aus Oppelner Pockenborkenemulsion am Kaninchen Nr. 56 entstandenen Papeln.

Figur 3c, 4c, 5c: Variolavaccine Nr. 3, hervorgegangen aus der dem Kalbe direkt übertragenen Oppelner Pockenborkenemulsion.

Figur 3: horas 5 × 24 post inoculationem: Papeln.
Figur 4: „ 6 × 24 „ „ : Pusteln.
Figur 5: „ 12 × 24 „ „ : grofse, noch nicht ganz eingetrocknete Pusteln.
Figur 6: horas 19 × 24 post inoculationem: die abortierte Probeimpfung.

Tafel III, Figur 7, 8, 9 zeigen das Kalb Nr. 27. *Figur 7 und 8:* horas 6 × 24 post inoculationem: Pusteln. *Figur 9:* horas 18 × 24 post inoculationem.

Figur 7a und 9a: Variolavaccine Nr. 4, entstanden nach Verimpfung der am Kaninchen Nr. 56 aus Oppelner Pockenborkenemulsion hervor-

gegangenen Papeln. *7a:* Pusteln, *9a:* am 18. Tage haben die Pusteln Zentralborken bekommen, diese stehen aber auf noch feuchtem Grunde.

Figur 7b und 9b: Fläche mit erfolglos direkt verimpftem Flensburger Pockenborkenstoff.

Figur 9c: Abortierte Probevaccination am fünften Tage.

Figur 8: Variolavaccine Nr. 5, entstanden aus der dem Kalbe direkt übertragenen Oppelner Pockenborkenemulsion.

Tafel IV. Figur 10 und 11 zeigen das Kalb Nr. 28.

Figur 10: Zweite Generation der Hamburger Variolavaccine von 1904, horas 5 × 24 post vaccinatonem, aus dem Impfstoff der Pusteln des Kalbes Nr. 26, und zwar *10a:* Flensburger Stoff, *10b:* Oppelner Stoff.

Figur 11: Abortive Probeimpfung am fünften Tage, am 15. Tage nach der Erstimpfung des Tieres.

Figur 12 und 13: Wirkung der dritten Generation der Hamburger Variolavaccine am siebenten Tage, *Figur 12;* Revaccination, *Figur 13:* Vaccination.

Dermosyphilopathische Klinik der k. Universität zu Parma, geleitet von Prof. V. Mibelli.

Über eine neue und einfache Methode zur Demonstration der Epithelfasern in der Haut.

Von

Dr. A. Pasini.

Die bis jetzt für die Untersuchung der Epithelfasern in der menschlichen Haut vorgeschlagenen Methoden leiden alle an einem doppelten Übelstand; einmal den Gebrauch einer etwas komplizierten histologischen Technik zu erfordern und in vielen Fällen kein vollständiges und sicheres Ergebnis zu liefern.

Es ist mir kürzlich gelungen, eine neue Methode zur Ausübung zu bringen, mit welcher, wie mir scheint, den oben genannten Übelständen vorgebeugt wird; denn das von mir befolgte Verfahren vereinigt mit der Einfachheit der Technik die Sicherheit des Erfolges.

Der Ausgangspunkt zur Feststellung dieser neuen Methode waren einige von mir vor wenigen Monaten in Unnas Dermatologischen Laboratorium in Hamburg ausgeführte Untersuchungen, zwecks eines Studiums über die X-Zellen im Hautepitheliom. Ich habe damals festgestellt, dafs es möglich ist, die tinktorielle Differenzierung aller zur Bildung der menschlichen Epidermis mitwirkenden histologischen, sauren und basischen Elemente zu erlangen, indem man nur saure Farbstoffe verwendet, und ich

habe die von Unna, vor jetzt einem Jahre zur Demonstration der Epithelialfasern vorgeschlagene Methode erheblich modifiziert, indem ich die von ihm gebrauchte basische Färbesubstanz, der Safranin, durch eine saure Färbesubstanz, das Säurefuchsin, ersetzte.

Die von mir damals vorgeschlagene Modifikation ermangelte nicht der Wichtigkeit für die histologische Technik, da sie uns erlaubt, eine Schlufsfolgerung des allgemeinen Charakters zu ziehen: dafs es nämlich möglich ist, die tinktorielle Differenzierung aller Gewebeelemente zu erlangen, welches auch ihre chemische Reaktion sein möge, wenn man nur saure Färbestoffe gebraucht und die Gewebeelemente vorher zweckmäfsig sensibel macht.

Mich auf dieses Prinzip stützend, habe ich eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen, um eine Substanz zu finden, welche imstande wäre, in der menschlichen Epidermis alle dieselbe bildenden histologischen Elemente mit verschiedener chemischer Reaktion sensibel zu machen und ihnen dadurch neue tinktorielle Affinitäten zu verleihen, welche die Demonstration dieser Elemente erlauben. Ich übergehe die zahlreichen Substanzen, die ich während meiner Untersuchungen vergeblich verwendet habe, und erkläre sogleich, dafs die einzige zweckentsprechende das Acidum phosphowolframicum ist. Diese Säure in wässeriger Lösung entwickelte, wie ich fand, in Hinsicht auf die Hautdecke eine sehr sonderbare Eigenschaft, denn während sie auf alle Elemente derselben eine auffallende Säurereaktion ausübte, welche durch die intensive und homogene Färbung, die sie mit den basischen Färbungsubstanzen annehmen, kontrolliert werden kann, verleiht sie jedem Elemente eine besondere tinktorielle Färbeaffinität zu den Substanzen, die gleichfalls eine saure chemische Reaktion haben.

Diese Tatsache ist derjenigen ähnlich, welche ich schon konstatiert hatte, als ich mit der Unnaschen Methode für die Epithelfasern, die Färbung der Kerne und der Fasern erlangte, indem ich anstatt des Safranins das Säurefuchsin gebrauchte. Zwischen der Methode, die ich damals vorschlug, und der jetzt zu beschreibenden ist jedoch ein wesentlicher Unterschied; in der ersteren haben die zuerst angewandten sauren Färbestoffe, selbst Wasserblau + Orceinsäure + Eosin, die Aufgabe, die histologischen Elemente sensibel gegen das Säurefuchsin zu machen und so eine analoge chemische Reaktion zu provozieren.

Bei der jetzigen Methode werden die histologischen Elemente der Epidermis sensibel gemacht, ehe sie mit der Mischung Wasserblau + Orceinsäure + Eosin in Berührung kommen, und die Substanzen, welche dieselbe bilden, haben nicht mehr die Obliegenheit einer einfachen Beize, sondern die eines wahren Färbemittels mit ausgeprägter, spezifischer Färbeaffinität zu den verschiedenen histologischen Elementen der Epidermis. Bei der Unnaschen Methode fällt die Aufgabe der Färbung der Kerne

und der Epithelfasern einer basischen Substanz zu, dem Safranin, und nichts wird ohne deren Anwendung erreicht. In der zuerst von mir vorgeschlagenen Modifikation kommt dieselbe Färbung dem Säurefuchsin zu.

Bei der Methode, von der ich jetzt berichten will, erlange ich eine elektive Färbung der Epithelfasern und der Kerne mit dem Eosin, d. h. mit einer Substanz, die in den vorbenannten Methoden niemals die Obliegenheit eines Färbemittels gehabt hat.

Auch bei meinem jetzigen Vorgehen gebrauche ich eine geringe Menge von Säurefuchsin, denn ich habe beobachtet, daſs dieselbe sehr dienlich dazu ist, die rote Färbung des Eosins intensiver zu machen; ich betone jedoch die Tatsache, daſs einzig und allein das Eosin als das wahre Färbemittel für die Epithelfasern und die Kerne betrachtet werden muſs; es ist in der Tat leicht, auch ohne Hilfe des Säurefuchsins sehr gute Resultate zu erzielen; dagegen ist jegliche Demonstration der Epithelfasern und der Kernsubstanzen unmöglich, wenn man das Eosin beiseite läſst und an seiner Stelle nur Säurefuchsin läſst.

Nachdem ich so auseinandergesetzt, auf welche Weise ich zur Feststellung dieser meiner Methode kam, und die Unterschiede zwischen ihr und der von Unna vorgeschlagenen dargelegt habe, gehe ich jetzt zur Beschreibung derselben über.

Die anatomischen Stücke werden fixiert und in absolutem Alkohol gehärtet; auch die Fixierung durch mit $HgCl^2$ gesättigte wässerige Lösung gibt positive Resultate, weniger gute als die mit Alkohol zu erlangenden. Die Einbettung ist in Celloidin oder Paraffin gemacht; man schneidet mit dem Mikrotom und sucht womöglich nur 10 μ dicke Schnitte zu erlangen. Für die in Paraffin eingebetteten Stücke dürfen die Schnitte nicht auf das Glas geklebt werden.

Die aus dem destilliertem Wasser genommenen Schnitte werden fünf bis zehn Minuten in eine 2 %ige wässerige Lösung von Acidum phosphowolframicum gebracht (Merck).

Aus dieser Lösung werden die Schnitte nach einem kurzen Wasserbade auf 15—20 Minuten in die folgende Färbemischung gebracht: 10 Tropfen Wasserblau-Orceinmischung (Grübler) + 12 Tropfen Eosin B. A. (Grübler) 2 % in 50 %igem Alkohol + 1 Tropfen mit Säurefuchsin gesättigter wässeriger Lösung + 5 Tropfen neutrales Glycerin.

Die Wasserblau-Orceinmischung kann leicht von jedermann mit Hilfe der folgenden Unnaschen Formel hergestellt werden: Wasserblau 1,0, Orcein 1,0, Essigsäure 5,0, Glycerin 20,0, Alkohol 50,0, destilliertes Wasser 25,0.

Für die Eosinlösung ist die Wahl der Färbesubstanz von gröſster Wichtigkeit; in zahlreichen Versuchen habe ich gefunden, daſs unter den sechs Eosinen, welche Grübler in Leipzig auf den Markt bringt, die

beste zur Färbung der Epithelfasern das Eosin B. A. ist, und dafs auch das wasserlösliche gelbliche und das reine (französische) Eosin für Blutkörperfärbung gut sind; gänzlich ungeeignet sind dagegen das A. G.-Eosin, das spirituslösliche und das bläulich wasserlösliche Eosin.

Aus der Färbemischung kommen die Schnitte auf einige Minuten in destilliertes Wasser und aus diesem in absoluten Alkohol; aus dem ersten Alkohol ist es nützlich, den gefärbten Schnitt wieder auf einige Sekunden in die erste Lösung der Wolframphosphorsäure zu bringen; dann entwässert man sie wieder in einer kurzen Reihe von absolutem Alkohol; man klärt durch Xylol und montiert in Kanadabalsam.

Die Färbung kann also in die folgenden Zeitpunkte eingeteilt werden

1. Zehn Minuten in 2%iger wässeriger Lösung von Acidum phosphowolframicum.
2. Kurzes Abspülen in destilliertem Wasser.
3. 15—20 Minuten in der Färbemischung: 10 Tropfen Wasserblau-Orceinmischung + 12 Tropfen Eosin B. A. zu 2%iger in Alkohol 50° + 1 Tropfen gesättigte wässerige Säurefuchsinlösung + 5 Tropfen neutrales Glycerin.
4. Abspülung in destilliertem Wasser.
5. Absoluter Alkohol.
6. Abermaliges Eintauchen auf wenige Sekunden in die Wolframphosphorsäurelösung.
7. Absoluter Alkohol, Xylol, Kanadabalsam.

Indem ich diese Technik befolgte, habe ich beständig eine klare und sichere Darstellung der Epithelfasern erlangt, sowohl in der normalen Epidermis wie in den aus dieser entstandenen pathologischen Erzeugnissen: spitzes Kondylom, Epitheliom, Hauthorn usw. Die Epithelfasern und die Kerne färben sich dunkelrot und heben sich inmitten der Zellen der Stachelschicht ab, dessen Protoplasma eine schöne blaue Färbung annimmt; die Keratohyalinkörner färben sich gleichfalls rot. Die basale Hornschicht differenziert sich in der normalen Epidermis als eine dunkelrote homogene Linie, welche über der Körnerschicht hinläuft; die Hornschicht ist gelblichrot gefärbt. Alle Elemente der Cutis nehmen eine blaue homogene Färbung an, mit Ausnahme der Kerne, welche sich hochrot färben.

In der normalen Epidermis ist die Darstellung der Epithelfasern weniger leicht als in den pathologischen Geweben; auf jeden Fall ist zur besseren Beobachtung der gröfseren histologischen Feinheiten eine sehr starke Beleuchtung des Präparates unerläfslich; man läfst mit dem ebenen Spiegel den gröfsten Bündel weifser Lichtstrahlen eines Glühgasnetzes, oder noch besser einer Spirituslampe, auf dasselbe fallen.

Aus der Praxis.

Jodipin in der Behandlung der Prostatitis.

Von

Dr. Wilh. Richter,
Spezialarzt für Haut- und Harnleiden in Chemnitz.

Die exakte Untersuchung und sachgemäfse Behandlung aller Organe, welche bei der ascendierenden männlichen Gonorrhoe erkranken können, ist noch nicht Eigentum des praktischen Arztes geworden.

Er begnügt sich meist damit, dem Patienten, welcher ihn wegen eines Ausflusses aus der Harnröhre konsultiert — eventuell nach mikroskopischer Untersuchung des Sekretes —, eine mehr oder weniger zweckmäfsige Spritzflüssigkeit aufzuschreiben. Oft hat er das Glück, dafs es sich eben nur um eine Affektion der Pars anterior handelt, welche bei geeigneten Mitteln und richtig vorgenommenen Injektionen ausheilt, oft auch, dafs die bereits bestehende Prostatitis und Spermatocystitis spontan abklingen.

Meist aber geht die Sache weniger gut ab. Der Patient, welcher ein Dutzend der verschiedensten Solutionen verspritzt hat, ohne seinen Ausflufs oder wenigstens sein Morgentröpfchen los zu werden, versucht es vielleicht noch mit einem anderen Arzte, oder aber geht gleich dem Kurpfuscher ins Garn.

Dafs hier Infiltrate der Harnröhrenschleimhaut vorliegen, welche nur einer zweckmäfsigen mechanischen Behandlung weichen, ist meist nur dem Spezialisten bekannt. Hatte aber der Entzündungsprozefs den Schliefsmuskel überschritten, bestand eine Urethritis posterior und die mit ihr meist verbundene Prostatitis, eventuell eine Spermatocystitis, so wird der Patient allein mit seinen Injektionen wenig ausrichten.

Abgesehen von der Epididymitis, welche bei entsprechenden Mafsnahmen seitens des Arztes und zweckmäfsiger Lebensweise des Patienten wohl meist zu verhüten ist, kommt es nur allzu oft zu langwierigen Entzündungszuständen, die mit ihren Folgeerscheinungen — ich erwähne nur die Spermatorrhoe — eine Hauptschuld tragen an der grofsen Zahl unserer Sexualneurastheniker.

Doch zur Sache! Die Abschweifung sollte nur die absolute Notwendigkeit dartun, bei jeder Urethritis alle in Betracht kommenden Organe zu untersuchen.

Oft werden schon die Beschwerden des Patienten auf eine Prostatitis hindeuten, aber auch wenn dies nicht der Fall ist, selbst wenn die zweite Harnportion klar sein sollte, ist die Abtastung des Organes und — da es bei früher überstandener, besonders bei längerer Erkrankung oft seine normale Form und Konsistenz nicht wieder bekommen hat — die Untersuchung seines Sekretes erforderlich.

In einem Falle nur ist die Sekretuntersuchung, welche eine — wenn auch sanfte — Massage der Vorsteherdrüse voraussetzt, kontraindiziert: bei der akuten parenchymatösen Prostatitis. Sie ist da auch ganz überflüssig, denn der untersuchende Finger, welcher das prall geschwollene, halbapfelgroſse, harte Organ kaum umgreifen kann, stellt sofort die Diagnose. Die Gefahr der Epididymitis ist in diesem Falle sehr groſs, und schon eine zu energische Abtastung kann eine solche hervorrufen.

An die Stelle der Massage, welche in allen Fällen, in denen es sich um Erweichungsherde handelt, indiziert ist, tritt hier zunächst eine hauptsächlich symptomatische Behandlung.

Geeignete Lebensweise, vor allem körperliche Ruhe, heiſse Sitzbäder, eventuell lokale Applikation von Wärme mit Hilfe des Arzbergerschen Apparates, unterstützt vielleicht noch durch zweckmäſsige Interna, werden allmählich, aber oft sehr langsam zur Heilung führen. Angewandt wird ferner noch hier wie bei anderen Formen der Prostatitis Jod in Form von Suppositorien und groſsen Jodkaliumklistieren.

Aber das sind fast alles Dinge, welche der Patient, der meist ohne Berufsstörung genesen will, nicht anwenden kann. Auch die Umgebung soll von der Art der Krankheit nichts erfahren. Tägliche Sitzbäder lassen sich da schwer einrichten, und täglich eine Badeanstalt aufzusuchen, ist auch meist unangängig. Ebensowenig kann täglich der Arzt um die langwierige Anwendung des Arzberger ersucht werden bei einer Affektion, welche oft erst in Wochen zurückgeht. Groſse Jodkaliumklistiere sind ganz ausgeschlossen, und die Interna nutzen trotz aller Anpreisungen seitens ihrer Hersteller herzlich wenig. So bleiben nur noch die Jodsuppositorien. Aber in schwacher Dosierung ist ihr Effekt null, und in stärkerer verursachen sie fast durchweg einen derartigen Reiz, daſs nach wenigen Minuten das Klosett aufgesucht und das noch kaum geschmolzene Zäpfchen entleert wird.

Um nun Jod in relativ hoher Konzentration zu applizieren, und zwar so, daſs jeder Patient unauffällig und ohne groſsen Apparat die notwendigen Manipulationen vornehmen kann, versuchte ich es mit dem Jodipin, welches ich mittels der sogenannten Glycerinklistierspritzen die Patienten sich in den After spritzen lasse.

Die Spritzen sind bekannt. Sie haben die Form und Gröſse von Tripperspritzen, nur enden sie in einen langen, stumpfwinklig geknickten, am Ende olivenförmig verdickten Hartgummiansatz.

Ich beginne mit Jodipin 10% und Ol. olivar. ≡ zweimal täglich eine halbe Spritze und steige bis zum puren 10%igen Jodipin zweimal täglich eine Spritze. Natürlich muſs der Patient eine Zeit wählen, wo er nicht gerade vorhat, das Klosett aufzusuchen.

Ich verzichte darauf, eine Reihe von Fällen aufzuführen, bemerke aber, daſs ohne jeden Optimismus die Resultate sehr erfreulich waren. In frischen Fällen wurde die Prostata in 8—14 Tagen in toto weich und schwoll ab, in älteren trat schnell partielle Erweichung ein, und die Besserung machte unter weiterer Anwendung des Jodipins und gleichzeitiger Ausmassierung der erweichten Herde schnelle Fortschritte.

Jeder meiner Patienten kam, wenn auch nach einigen miſsglückten Versuchen, gut mit der Applikation der kleinen Klistiere zustande, und keiner hat über unangenehme Reizerscheinungen geklagt.

Häufig habe ich das Jodipin bisher nur bei der akuten gonorrhoischen parenchymatösen Prostatitis angewandt, noch zu selten bei einigen anderen Formen der Prostatitis und bei Spermatocystitiden, um da über Erfolge berichten zu können.

Theoretisch liegt kein Grund vor, weshalb nicht bei jeder Prostatitis und Spermatocystitis, bei welcher auf eine Resorption hingearbeitet wird, das Jodipin gute Dienste leisten soll.

Ich empfehle es den Herren Kollegen zur Nachprüfung.

Fachzeitschriften.

Lepra.

Band 5. Heft 2.

V. **Geschichtlicher Überblick über die Lepra in den französischen Kolonien,** von A. Kermorgant - Paris. Aus dem Überblick über Entwicklung und Ausbreitung der Lepra im französischen Kolonialgebiet geht hervor, daſs fast überall die Krankheit in der Zunahme begriffen ist und daſs diese Gefahr von den lokalen Behörden noch nicht genügend gewürdigt wird. Bei der Ausdehnung und verstreuten Lage der überseeischen Besitzungen ist die Regelung der Leprafrage eine sehr schwierige. Das einzig wirksame Mittel, der Verbreitung der Krankheit Einhalt zu tun, welches wir kennen, ist die vollständige Isolierung der Kranken in besonderen Anstalten; dieses Mittel hat zu allen Zeiten, seine strenge Durchführung vorausgesetzt, die besten Ergebnisse gehabt. Die erste Schwierigkeit ist aber schon, dieses Mittel in die Praxis umzusetzen; trotz aller Bestimmungen und Entscheidungen hat man in einzelnen Kolonien nicht das Geringste erreicht, weil die Maſsnahmen nicht mit äuſserster Strenge durchgeführt wurden. Überall in der gleichen Weise vorzugehen, verbietet die Verschiedenartigkeit der Bevölkerung in den verschiedenen Gebieten; je nachdem man es mit der einen oder anderen Rasse zu tun hat, werden besondere

Maſsregeln nötig sein, die den Verschiedenheiten der Sitten, Gewohnheiten, des Glaubens, der Vorurteile Rechnung tragen. Diese Fragen, die viel Takt und Verständnis erfordern, lassen sich nur an Ort und Stelle lösen.

In gewissen Besitzungen, z. B. in Indochina, wird die Aufgabe leichter sein als anderswo, weil die Annamiten seit undenklichen Zeiten die Notwendigkeit der Absonderung ihrer Kranken in Leprahäusern oder besonderen Ansiedlungen begriffen haben und in ihren Provinzialbudgets eine bestimmte Summe zur Bestreitung der Bedürfnisse der Kranken vorgesehen ist. Auſserdem fürchten sie die Ansteckung sehr, und die Leprösen lieben es, ihre Heimstätten zu verlassen und sich auf den Straſsen und Märkten umherzutreiben, wo sie ihre Landsleute nach Möglickeit ausbeuten; werden ihnen ihre Wünsche abgeschlagen, so drohen sie entweder mit ihrem Besuch in dem Wohnsitz ihrer Opfer oder sie legen einfach ihre eiternden oder verstümmelten Hände auf die Auslagen, die ihnen gefallen, so daſs man ihnen die Sachen schleunigst überläſst. Angesichts dieser sich täglich wiederholenden Vorkommnisse würden die Annamiten wohl schwerlich sich der Bewilligung neuer Opfer und Steuern widersetzen, wenn sie dafür die Gewiſsheit hätten, von diesen veritablen Tyrannen für immer befreit zu werden.

Leider aber wird es nicht überall so gehen. Von den vorauszusehenden Schwierigkeiten darf man sich aber nicht abschrecken lassen. Um die Leprösen von dem Verlassen der ihnen zugewiesenen Wohnstätten abzuhalten, wird man ihnen vor allem das Betreten der Städte und den Besuch der Märkte verbieten und sie zwingen müssen, ihre Wunden zu verbinden, damit sie den Ansteckungsstoff nicht überall verbreiten.

Eine aussichtversprechende Isolierung wird groſse Kosten erfordern; denn man wird für alle Bedürfnisse der Leprösen aufkommen und ihnen ausgedehnte, gut gewählte Landstrecken zur Landbebauung zur Verfügung stellen müssen, damit sie nicht Langeweile bekommen und in ihren Verpflegungsverhältnissen verbessert werden. Vor allem ist zu verhüten, daſs sie sich mit Viehzucht beschäftigen und das Vieh auf den Märkten verkaufen, wenn man die Übertragung auf die Käufer verhindern will.

Verfasser sieht die Gefahr für die Zukunft der Kolonien als eine groſse an; deshalb wird man das Opfer bringen und den Leprösen einen gewissen Komfort zubilligen müssen als Ersatz für die Freiheit, die sie dem Gemeinwohl zum Opfer bringen. Und in den Kolonien muſs der Kampf gegen die Lepra geführt werden, wenn man nicht eines schönen Tages die unliebsame Überraschung haben will, die Krankheit in Paris selbst auftauchen zu sehen.

VI. **Epidemiologie der Lepra; eine Bitte um Genauigkeit**, von J. Ashburton Thompson. Verfasser führt Klage über die Vernachlässigung der Epidemiologieforschung bei der Lepra. Unsere jetzigen Kenntnisse sind durchaus lückenhaft und beruhen, wie Verfasser an der Hand mehrerer Beispiele nachweist, auf der kritiklosen Weiterverbreitung unverbürgter Mitteilungen und anfechtbarer Vermutungen. Eine vorsichtige und exakte Forschungsmethode tut dringend not, wenn man zu einer wissenschaftlich begründeten Epidemiologie kommen will.

VII. **Zwei Fälle von abortiver Lepra**, von J. D. Kayser und G. van Houtum. Batavia. Im Waisenasyl auf Batavia sahen die Verfasser Ende 1902 gelegentlich einer Untersuchung drei junge Mädchen, die übereinstimmend folgende Symptome aufwiesen: Bräunlich rote Flecke verschiedener Gröſse, unregelmäſsig verteilt im Gesicht und an den Extremitäten; leicht erhaben, scharf begrenzt und nicht schuppend; keine Sensibilitätsstörungen an diesen oder anderen Stellen; Untersuchung auf Leprabazillen negativ; bei allen drei Mädchen allgemeine indolente Drüsenschwellung. In dem einen Falle wurden ein halbes Jahr später Bazillen nachgewiesen und einige Monate danach ausgesprochene Sensibilitätsstörungen gefunden; die Kranke wurde dem Leprosorium

überwiesen. Bei den anderen beiden Mädchen fanden sich bei wiederholter Nachuntersuchung nie Bazillen. Anderthalb Jahre nach der ersten Untersuchung waren die Flecke noch nachweisbar, aber sie hatten zum Teil ihre bräunlichrote Farbe verloren, sahen eher leicht cyanotisch aus und waren ganz abgeflacht. An einzelnen war die Sensibilität, namentlich der Temperatursinn, gestört. Nach der histologischen Untersuchung der Flecke schwankte die Entscheidung nur zwischen Lepra und Syphilis, und da die antisyphilitische Behandlung ein negatives Ergebnis hatte, konnte auch Syphilis ausgeschlossen werden. Die Verfasser halten den Krankheitsprozefs bei den beiden Mädchen, wegen der regressiven Vorgänge an den Flecken und des Fehlens aller sonstigen Symptome bei längerer Beobachtung, für abgeschlossen und sind geneigt, diese Fälle als Abortivformen der Lepra anzusehen. Für die Beurteilung der Heilbarkeit der Lepra ist die Beobachtung solcher Fälle von grofser Bedeutung.

A. Loewald-Kolmar.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 2.

Untersuchungen über die Alopecia atrophicans, von L. Brocq, Lenglet und Ayrignac. Wird noch fortgesetzt.

Über die Beziehungen der Vitiligo zur Syphilis, von Georges Thibierge. Bekanntlich geht heutzutage die Neigung dahin, der Blennorrhoe und Syphilis eine grofse Menge von Folgekrankheiten aufzuhalsen. Tabes, Paralyse, Aneurysma, zum Teil auch Carcinom sollen die Sündenkinder der Syphilis sein. Nun will man ihr auch noch, der Schwerbeschuldigten, die Vitiligo in die Schuhe schieben. Französische Forscher sind es namentlich, von denen diese neue Anschuldigung ausgeht. Aber ein französischer Forscher ist es auch, Thibierge, der die Dame Syphilis ritterlich gegen diesen Angriff in Schutz nimmt. Er bringt drei Fälle, eigene Beobachtungen aus dem Hôpital Broca, in denen die Patienten jahrelang mit ihrer Vitiligo umhergingen, ehe sie sich eine Syphilis erwarben. Damit ist jener Angriff wohl gründlich abgewehrt.

Dennoch leugnet Th. gewisse Beziehungen zwischen den beiden Krankheiten nicht. Einmal kann die Syphilis, auf dem Umwege über das Nervensystem, zur indirekten Ursache einer später auftretenden Vitiligo werden, entsprechend dem Verhalten zwischen Syphilis und dem Malum perforans der Fufssohle. Ferner können syphilitische Prozesse, wie jedes andere Trauma, bestimmend für die Lokalisation der Vitiligo wirken. Und endlich treten im Verlaufe der Syphilis Störungen auf, die bekannten Pigmentsyphilide, die in seltenen Fällen ganz den Charakter einer Vitiligo annehmen können, ohne dafs man indessen ein Recht hätte, sie mit dieser zu identifizieren. Durch kurzgefafste Krankengeschichten werden diese verschiedenen Verhältnisse erläutert.

Lingua scrotalis als familiale Erscheinung, von J. Payenneville. Die Lingua scrotalis zeichnet sich durch eine tiefere mediane Furche aus, die von anderen, vom Zungenrande her kommenden Furchen durchkreuzt und durchschnitten wird, wie man es ähnlich auf der Haut des Scrotum beobachtet. Diese Lingua scrotalis ist schon einige Male als Familieneigentümlichkeit beschrieben, und P. bringt einen weiteren Fall, wo sie bei der Grofsmutter, ihrer Tochter und deren drei Töchtern, also in drei Generationen, zur Beobachtung kam. Syphilis war bestimmt auszuschliefsen; irgendwelche Störungen oder sonstige anatomische Abweichungen waren mit der kleinen Mifsbildung nicht verbunden. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de Therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. V. Nr. 4 u. 5.

Über die von den Bürgermeistern der gröfsten Städte Frankreichs der Bordellfrage gegenüber eingenommene Stellung, von L. Butte-Paris. Verfasser gibt die Antworten wieder, welche auf eine ministerielle Rundfrage von 87 Bürgermeistern eingingen. Von diesen stimmten nur 13 für Aufhebung der Bordelle, während die übrigen 74 mit mehr oder weniger Entschiedenheit sich für Beibehaltung derselben aussprachen, ohne natürlich ihre Schattenseiten zu verkennen. Man hatte folgende drei Fragen formuliert:

I. Sind die Bordelle nützlich, notwendig, unentbehrlich? — II. Würde die Aufhebung derselben Nachteile involvieren und welcher Art? — III. Wie denken Sie über den Vorschlag, es den Prostituierten freizustellen, sich zur Ausübung ihres Gewerbes zusammen zu tun, ohne Beaufsichtigung seitens der Verwaltungsbehörden oder der Polizei?

Die erste Frage wurde bejaht als nützlich von 14, als notwendig von 28 und als unentbehrlich von 32 Bürgermeistern. Gegen die Aufhebung erklärten sich 66 Antworten aus verschiedenen Gründen, und Frage III wurde von 71 als unheilvoll, unzulässig oder sehr gefährlich bezeichnet.

Die Behandlung des Lupus mittels Kalium permanganicum, von L. Butte-Paris. (Fortsetzung.) Am 16. März 1901 berichtete Hallopeau in der Société française de dermatologie et syphiligraphie unter Vorstellung von fünf nach dieser Methode behandelten Patienten über seine diesbezüglichen Erfahrungen. Es handelte sich um drei Fälle von Lupus vulgaris und zwei von Lupus erythematodes. H. betrachtet die erzielten Resultate als sehr ermutigend. Der grofse Vorzug dieser Behandlungsweise gegenüber der Phototherapie besteht in der Möglichkeit, eine weit gröfsere Fläche gleichzeitig zu bearbeiten. Darier findet hierbei, dafs keiner der vorgestellten Patienten wirklich geheilt wäre. Das Mittel habe wohl nur als Antiseptikum oder als Kaustikum gewirkt.

Hallopeau meint, eine ätzende Wirkung hierbei nie bemerkt zu haben, und wenn es nur auf eine antiseptische Wirkung ankäme, müfste man schon mit 0,1 bis 0,2%igen Lösungen auskommen, da diese schon stark antiseptisch wirken. In dieser Verdünnung habe das Mittel aber absolut keinen Einflufs auf den Lupus.

Im April 1901 stellte H. vier weitere Fälle vor, bei denen er eine schnelle Besserung, aber allerdings noch keine Heilung erzielt hatte. Leredde kann sich nicht von dem Werte des Verfahrens überzeugt erklären und berichtet über einen Offizier, welcher nach anfänglicher Besserung dabei sehr bald in recht schlimmer Verfassung sich zur Lichtbehandlung entschlofs. Butte kennt diesen Fall; binnen vier Wochen wäre natürlich eine Heilung absolut nicht zu verlangen. Dafs definitive Heilungen mit Kalium permanganicum erzielt werden können, beweisen drei seiner Patienten, bei denen seit vier bis fünf Jahren sich nichts von einem Rezidiv gezeigt hat.

Im Mai 1901 stellte Hallopeau in der Société einen 43jährigen Elektrotechniker vor, welcher schon in der Jugend mehrfach in Behandlung war und sich zurzeit, wie der ausführlich mitgeteilte Befund erkennen läfst, wegen ausgedehnten Lupus des Rumpfes und der unteren Extremitäten in einem so elenden Zustand befindet, dafs er auf Amputation angetragen hat.

Am 9. Januar 1902 wird Patient wieder vorgestellt. Unter permanenter Kaliumbehandlung im Verein mit Curettierungen ist er jetzt so weit wieder hergestellt, dafs er seine Arbeit wieder aufnehmen kann.

In der Société française de dermatologie berichteten ferner am 7. November 1901 Hallopeau und Fouquet über weitere sieben Fälle, welche durch diese

Behandlung günstig beeinflufst wurden. Im Gegensatze dazu haben sie zwei Lupuskranke der Lichtbehandlung unterworfen und dabei ein weit langsameres Fortschreiten der Besserung beobachtet.

Am Ende desselben Jahres publizierte J. Dupuy eine Dissertation über diese Behandlung und berichtet über 15 weitere Fälle von Lupus vulgaris und Lupus erythematodes, welche dabei günstig verlaufen zu sein scheinen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 2.

Beitrag zum Studium der Leukoplasia buccalis und ihrer Behandlung, von G. Filarétopoulo. Unter Leukoplasie im allgemeinen versteht man die Umwandlung des Schleimhautepithels in weifse, keratotische Plaques. Statt Leukoplasie kann man daher auch Leukokeratose sagen; die Bezeichnung Psoriasis lingualis wird dagegen vom Verfasser abgelehnt.

Als häufigste Ursache der Leukoplasia buccalis gilt eine nachlässig oder gar nicht behandelte Syphilis; dazu kommt als zweite Schädigung die chronische Reizung der Mundschleimhaut durch Rauchen. Dieses kann auch für sich, ohne vorhergehende Syphilis, zur Leukoplasie führen; doch sind in diesem Fall in der Regel Mundwinkel und Wangenschleimhaut betroffen, während frühere Syphilis häufiger zur Syphilis lingualis führt.

Neben der Syphilis liefern der Status herpeticus und die Psoriasis die günstigsten Bedingungen für das Zustandekommen der Leukoplasia buccalis; neben dem Tabak bildet der Alkohol einen begünstigenden Faktor.

Das klinische Bild der Leukoplasie ist ein wechselndes. Stets vorhanden ist eine sklerotische Verdickung und Verhärtung der Schleimhautcutis. Das Leiden beginnt mit roten Flecken, die bald zu weifsen Plaques zusammenfliefsen. Bei fortdauernder Schädigung, durch Rauchen usw., werden diese anfangs glatten Plaques rauh und papillomatös, exulcerieren und gehen aus diesem Stadium häufig ins Epitheliom über. Doch bildet die Leukoplasie keineswegs eine notwendige Zwischenstation zwischen Syphilis und Krebs; Verfasser hat auch Fälle beobachtet, wo bei alten Syphilitikern ein Epitheliom der Mund- oder Rektal-Schleimhaut ohne vorhergehende Leukoplasie zum Ausdruck kam.

Die subjektiven Symptome der Leukoplasie sind im Anfang gering; später kommt es meistens zur Trockenheit des Mundes und, infolge der Verhärtung, zur Behinderung im Sprechen und Kauen.

Differentiell-diagnostisch ist die Leukoplasia buccalis vom Ekzem, Gumma syphiliticum, Lichen, Psoriasis, Tuberkulosis der Mund- bezw. der Zungenschleimhaut zu unterscheiden.

Neben dieser häufigen Form der Leukoplasie buccalis, die fast ausschliefslich beim Mann vorkommt, gibt es auch noch eine idiopathische Form, die nur an der Zunge sich zeigt, die auch bei Frauen und Kindern beobachtet wird und für die eine greifbare Ursache sich bis jetzt nicht feststellen liefs.

Therapeutisch wird, im Gegensatz zu Fournier und anderen, eine energische, gemischte, antisyphilitische Behandlung empfohlen, falls es sich um keine gar zu alte Syphilis handelte. Aber auch dann, wenn jeder Verdacht von Lues fernliegt, soll man das Quecksilber (Einspritzungen) versuchen. Daneben kommen örtliche Mittel in Frage, Inhalationen von schwachen Borsäure- oder Salicyllösungen mittels eines Zerstäubers, Traumatol- und Jodolsalben, Perubalsam usw. Ätzungen mit Höllen-

stein, Jodtinktur oder Milchsäure dürfen nur sehr vorsichtig vorgenommen werden. Am meisten aber empfiehlt sich eine ausgiebige Zerstörung der Plaques mit Hilfe des Thermo- oder Galvanokauters.

Regelung der Diät, Verbot von Zigarren und Alkohol, sorgfältiges Reinhalten des Mundes usw. sind selbstverständliche Maſsnahmen.

Ein Fall von zweimaliger Infektion mit Syphilis, von H. Oltramare. Zu den ungefähr 35 bis jetzt bekannten Fällen von zweimaliger Infektion mit Syphilis fügt O. einen weiteren Fall eigener Beobachtung hinzu. Patient hatte sich 1888 seinen ersten Schanker geholt und damals auch seine Frau angesteckt. Er war fast beständig unter Beobachtung des Verfassers und blieb seit 1892 von jedem verdächtigen Symptom frei. Am 22. Novbr. 1902 auſserehelicher Coitus; am 20. Dezbr. 1902 Erscheinen eines neuen Schankers, zu dem sich erst 101 Tage später die ersten sekundären Symptome gesellten. Rasche Heilung nach Quecksilber-Salicylateinspritzungen. — Verfasser macht darauf aufmerksam, daſs dieser Patient weder bei seiner ersten, noch bei seiner zweiten Erkrankung je Jodkalium erhalten habe; dies Medikament sei für die Behandlung der Syphilis vielleicht wertlos.

Granulosis rubra der Nase, von Henri Malherbe. Eine noch wenig beschriebene Erkrankung der Nasenspitze, an der man bei näherer Beobachtung kleine erythematöse Fleckchen mit ganz kleinen roten, flachen Papelchen sichtet; am ganzen Entzündungsherd findet beständig eine starke Hyperhidrose statt. Nach dem histologischen Befunde handelt es sich um einen chronisch entzündlichen Prozeſs, der wohl von den Gefäſsen der Schweiſsdrüsen seinen Ausgang nimmt. — Befallen wird nur das Kindesalter, hier besonders schlecht ernährte, skrophulöse Kinder. — Wenn das Leiden auch mit der Pubertät von selber ausheilt, so ist seine rasche Beseitigung doch wünschenswert. Hierzu eignen sich lineare Skarifikationen am besten.

Türkheim-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Die Ehrlichsche Seitenkettentheorie und ihre Bedeutung für die medizinischen Wissenschaften, von Paul Römer, Privatdozent und Assistent an der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg. Mit einem Vorwort von Geheimrat Professor P. Ehrlich. (Alfred Hölder, Wien. 1904.) Der ganze Aufbau der geistreichen Theorie Ehrlichs und ihre Bedeutung für die Entstehung der Toxine und Antitoxine im Organismus, der Immunität und verschiedener anderer durch die bakteriologische Forschung der letzten Jahre entdeckten Körper (Haemolysine, Agglutinine, Praecipitine) ist in diesem 455 Seiten starken Bande dargestellt. Von dem auſserordentlichen Fleiſse und der Gewissenhaftigkeit des Verfassers zeugt die Zusammenstellung der bezüglichen Literatur, welche allein nahezu — 50 Seiten umfaſst. Nachdem sich die Erkenntnis Bahn gebrochen hat, daſs man es bei den Prozessen der Antikörperbildung im tierischen und menschlichen Organismus nicht allein mit Regulationsvorrichtungen den Infektionskrankheiten gegenüber zu tun hat, sondern daſs es sich hierbei um allgemein verbreitete biologische Erscheinungen im Stoffwechsel der Gewebe handelt, sollte die Seitenkettentheorie die Ergebnisse der organischen Chemie auf diese intimen und reichhaltigen Vorgänge in der lebenden Zelle übertragen. Nach Ehrlichs Ansicht müssen für die Zelle als eigentliche Nährstoffe solche vor allem in

Digitized by Google

Betracht kommen, die von der Zelle assimiliert und synthetisch in derselben gebunden werden können; jeder synthetische Assimilationsvorgang in der Zelle habe aber zur Voraussetzung, dafs einmal an der Zelle selbst und ebenso an dem Stoffe, welcher zu einem Bestandteil der Zelle in nähere chemische Beziehung treten soll, chemische Gruppen existieren, welche zu einander eine starke Affinität besitzen. Solche chemisch wirksame Gruppen im lebenden Protoplasma, welche zu bestimmten Gruppen der Nährstoffe eine maximale chemische Affinität besitzen und diese deshalb an die Zelle verankern, nennt Ehrlich Seitenketten des Protoplasmas oder Rezeptoren. In ähnlicher Weise, wie wir uns in der organischen Chemie die verschiedensten Atomgruppen am Benzolkern als Seitenketten ansitzend denken, sucht die Ehrlichsche Theorie den Aufbau des Zellprotoplasmas an Vergleichen mit dem Bau komplizierter Verbindungen zu veranschaulichen. Nach diesem Prinzip bespricht Verfasser, ein begeisterter Schüler Ehrlichs, im I. Teile des Buches das Gebiet der Antitoxinforschung und kommt hier zu dem Schlusse, dafs der verdiente Ruhm der Antitoxine als spezifischer Heilmittel auf ihrer Fähigkeit beruht, innerhalb einer bestimmten Breite selbst vergifteten Organen und Zellen das spezifische Toxin zu entziehen und dadurch in erster Linie den erkrankten Organismus zu heilen. Die Frage nach den Bildungsstätten der Antitoxine, deren Beziehungen zu den Eiweifskörpern des Serums usf. sind weitere wichtige Unterabteilungen dieses Kapitels. Der II. Teil des Buches enthält die Haemolysinforschung, der III. Teil das Gebiet der Bakterienimmunität im Zusammenhang mit der Seitenkettentheorie und des weiteren das Gebiet der übrigen Cytotoxine, der Agglutinine und der Praecipitine. Besonders letztere scheinen eine wichtige Rolle nicht nur in theoretischen Fragen der Physiologie zu spielen, sondern auch für das weite Feld der praktischen und der gerichtlichen Medizin von Bedeutung zu sein. Nach den Arbeiten von Uhlenhuth u. a. können die Praecipitine zum Nachweis von Menschenblut dienen, es soll sogar gelingen, aus Blutproben, die monatelang in Fäulnis begriffen sind, mit Hilfe der Praecipitine zu erkennen, ob es sich um Menschenblut gehandelt hat. Die tiefen Einblicke, welche wir an der Hand der Seitenkettentheorie in die feineren Vorgänge des inneren Stoffwechsels tun können, werden nach des Verfassers Überzeugung vor allem der inneren Medizin zugute kommen, indem sehr viele Veränderungen im Inneren unseres Organismus bei akuten und chronischen Krankheiten sich im Serum wiederspiegeln müssen; die Lehre vom Blute und dessen Erkrankungen dürfte von dem Ergebnisse der Seitenkettentheorie ganz besondere Vorteile ziehen. Was die Bedeutung derselben für die Gynäkologie betrifft, so ist die erste für die Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft wichtige Frage die nach dem Übergang der Antikörper des Serums auf den Foetus, eine Frage, welche von manchen Seiten entschieden verneint, von anderen aber ebenso energisch bejaht wurde und nach Verfassers Ansicht noch weiterer Forschung zur Klärung bedarf. Veit war einer der ersten, der mit der Seitenkettentheorie für eine Reihe anderer gynäkologischer Fragen eine moderne Ausgestaltung erhoffte, z. B. jene der Eklampsie. Die Physiologie ist ein Kapitel, bei welchem die Seitenkettentheorie zur Lösung zahlreicher Aufgaben herangezogen werden könnte; Römer hofft, dafs die Physiologen aus ihrer vornehmen Zurückhaltung diesen biologischen Problemen gegenüber heraustreten möchten, zumal sich immer mehr die Erkenntnis Bahn brechen werde, dafs die Immunitätsreaktionen des tierischen Organismus physiologische Funktionen sind. Im Schlufskapitel, die Seitenkettentheorie in der Ophthalmologie, erkennt Verfasser dankbar die Vorteile an, welche besonders dieser Zweig der Medizin in theoretischer und praktischer Beziehung aus den modernen Lehren der Bakteriologie gezogen hat, wie auch umgekehrt kein anderes Organ sich so geeignet zum Studium

der Immunitätsvorgänge erwies wie das Auge. Referent mufs es sich bei der Art des Stoffes versagen, auf weitere Einzelheiten aus dem reichen Inhalte des Buches einzugehen und sich damit begnügen, denselben nur in schwachen Umrissen angedeutet zu haben. *Stern-München.*

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Komitees von M. Hirschfeld-Charlottenburg. V. Jahrgang. (Max Spohr, Leipzig 1904.) Der vorliegende Band des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen bringt wieder eine Reihe von lehrreichen Arbeiten. Numa Prätorius bietet neben einer umfänglichen Bibliographie der Homosexualität für das Jahr 1903 eine Betrachtung über „Homosexualität und bürgerliches Gesetzbuch". Gewöhnlich wird bei der Frage, wie das Recht die Interessen des Urnings berührt, nur an das Strafrecht gedacht, das in dem von Seite so vieler Gelehrter arg angefeindeten § 175 des Strafgesetzbuches verkörpert ist. Allein auch zum Zivilrecht besteht für den Homosexuellen eine lebhafte Beziehung. Im Eherecht spielt das homosexuelle Prinzip bei der Frage der Gültigkeit einer Ehe und bei der Ehescheidung eine hervorragende Rolle. Die Gleichgeschlechtlichkeit stellt zwar an und für sich keinen Nichtigkeitsgrund dar. Es kann jedoch unter Umständen einer der Gatten, dem die zur Zeit der Heirat schon vorhandene Homosexualität des anderen Gatten unbekannt gewesen ist, die Ehe wegen Irrtums anfechten und für ungültig erklären lassen. Nicht jeder Irrtum über das Geschlechtsgefühl eines Eheteils vermag für den Richter ein Grund zu sein, eine Ehe für ungültig zu erklären. Der Irrtum mufs dazu ein derartiger sein, dafs der klagende Ehegatte bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe bei Kenntnis der Fehler des beklagten Eheteils von der Schliefsung des ehelichen Verhältnisses überhaupt abgesehen haben würde. Hat sich der gleichgeschlechtliche Verkehr nur auf die Zeit vor Eingehen der Ehe beschränkt, so ist die Anfechtungsklage schon hinfälliger. Von Wichtigkeit kann der homosexuelle Zustand eines Gatten für die Ehescheidung werden. Letztere hebt die Ehe am Tage des Urteils auf, bis dahin ist sie vollgültig. Anders bei der Aufhebung und Nichtigerklärung der Ehe. Hier gilt der eheliche Bund als überhaupt nicht geschlossen. Ein unter den § 175 des Strafgesetzbuches fallender nachgewiesener Verkehr bildet einen absoluten Scheidungsgrund. Dazu ist also keineswegs die Einführung des Penis in den Anus erforderlich, auch die sogenannten beischlafsähnlichen Handlungen genügen. Mutuelle Masturbation bildet dagegen keinen Grund, dies Urteil zu erlassen. Duldet der zweite Gatte den homosexuellen Verkehr des ersten ausdrücklich oder stillschweigend, so besteht ebenfalls kein Scheidungsgrund mehr. Es gibt viele solche Ehen, in denen z. B. die Frau den urnischen Verkehr ihres Mannes kennt, ihn jedoch aus Furcht vor öffentlichem Skandal, aus Gleichgültigkeit, aus dem Gefühl der eigenen Schuld oder dem Streben nach eigenen ehelichen Übertretungen heraus oder auch aus tieferem Verständnis für das Wesen des anderen gewähren läfst. Auch bei der Entziehung des Pflichtteils eines Erbes kann die Homosexualität eine Rolle spielen, indem bei „unsittlichem Lebenswandel gegen den Willen des Erblassers" das Pflichtteil entzogen werden kann. Fafst man also die Homosexualität statt als unwiderstehlichen Naturtrieb oder pathologische Veranlagung als Ausschweifung auf, so kann dieser Fall eintreten. — Magnus Hirschfeld berichtet in einer ausführlichen Abhandlung über das „Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen". Die Ansichten über die Zahl der Urninge sind sehr verschieden. Die geäufserten Urteile sind meist recht vorsichtig gefafst. Moll sagt z. B., dafs er in Berlin 600 bis 700 selber gesehen und von 250—350 gehört hat; er veranschlagt ihre Zahl in

Berlin auf mindestens 900. In wie weit diese Grenze überschritten wird und ob es 8000 oder 9000 Urninge in der Reichshauptstadt gibt, vermag er nicht zu beurteilen. Während Dühren-Bloch die vom wissenschaftlich-humanitären Komitee registrierten und diesen bekannten Urninge für die Mehrzahl der deutschen Homosexuellen hält, ist Hirschfeld ganz anderer Meinung. Ulrichs rechnet auf je 2000 Seelen, beziehentlich 500 erwachsene Männer im Durchschnitt einen erwachsenen Homosexuellen. Für die Zeit als Ulrichs so urteilte, für 1868, wären danach auf Deutschland 25000, auf Preufsen 10—12000, auf Berlin 500—1000 Urninge entfallen. Heute wird die Zahl der Berliner Urninge von einer Seite sogar auf über 50000 geschätzt. Aus allen diesen Gründen wurden neue Erhebungen angestellt, und zwar einesteils in der Form von Stichproben, anderseits in der Form von Rundfragen. Nach ersteren kommt Hirschfeld auf 1,99% der Untersuchten beziehentlich in Rechnung gezogenen, bei ersteren und letzteren zusammen auf 1,5% (Charlottenburger Studentenenquete). Das Jahrbuch möchte jeder Arzt, der für diese hochwichtige Angelegenheit Interesse hat, durchstudieren. Es ist eine Fundgrube belehrender Tatsachen. *Hopf-Dresden.*

Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von Franz Mraček - Wien; 14. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1904.) Die vorliegende 14. Abteilung des Mračekschen Handbuches ist ausschliefslich dem Lichen ruber gewidmet, den E. Riecke-Leipzig behandelt. Unter Lichen ruber versteht dieser „eine im allgemeinen chronisch verlaufende Dermatose, welche durch das Vorhandensein von Knötchenefflореszenzen charakterisiert ist, und zwar erfahren diese Knötchen im Verlaufe der Krankheit keine Umbildung zu Effloreszenzmetamorphen höheren Grades". Die pathologische Einheit des Lichen ruber weist zwei Abarten auf, nämlich den Lichen ruber acuminatus, der mit der Pityriasis rubra pilaris (Maladie de Devergie) gleichbedeutend ist, und den Lichen ruber planus (Lichen planus Wilson). Als Synonyme für die erstere Form führt Verfasser instruktiverweise folgende Namen auf: Lichen ruber Hebra, Pityriasis pilaris, Pityriasis rubra pilaris, Devergiesche Krankheit, Hyperkeratosis follicularis, Hyperepidermotrophia generalisata, Keratosis universalis multiformis. Synonyme für die zweite Varietät sind: Lichen Wilson, Maladie d'Erasmus-Wilson, Lichen, Lichen vrai und Lichen psoriasis. Der Lichen ruber planus beginnt meist ohne subjektive Beschwerden und kommt meist nur durch Zufall zur Kenntnis des Trägers, besonders wenn das Jucken fehlt. Es sind allerdings auch Fälle mit subjektiven Prodromen berichtet worden, wie pruriginöse Erytheme, allgemeiner Juckreiz, Kreuzschmerzen, allgemeines Kältegefühl, Wadenkrämpfe, Fieber, allgemeine Prostration, sowie gastrische und rheumatische Beschwerden. Die primären Effloreszenzen bilden stecknadelspitz- bis grieskorngrofse, glänzende, glitzernde Hautschildchen, die von normaler Hautfärbung bis zu wachsgelber und rötlichgelber Farbe abgetönt sein können. Ihre Begrenzung ist dreieckig, viereckig, mehreckig oder oblong. Eigentlich bilden die ersten Anfänge nur ein besonderes Hervortreten der physiologischen Hautfältelung. Allmählich treten auch gröfsere Papeln auf, deren mehreckige, facettierte Form markant ist, obwohl auch ovale und runde Effloreszenzen vorkommen. Die Eruptionen sind abgestumpft und platt, wenig erhaben. Sie sind derb, blassen unter Druck ab, ihre Umgebung ist meist normal in Farbe und Konsistenz. Die Farbe der Licheneruptionen ausgesprochener Fälle wechselt von gelblichrot, rosa zu kupferrot, violett, purpurblau, braunrot, fast bis schwarz. Stets bleibt als charakteristisches Moment der Glanz, welcher nach Unna auf der Streckung der Hornschicht infolge abnormer Drucksteigerung beruht. Charakteristisch ist ferner die zentrale Delle, welche recht grofs werden kann. Statt der Delle kann auch ein kleiner Hornkegel sich bilden. Die Knötchen des Lichen dehnen sich in der Fläche aus, doch nie über eine gewisse Gröfse. Letztere ist nach Brocq und Lavergne höchstens 2—4, nach Hallopeau und Lebedde

höchstens 5—6 mm im Durchmesser. Ganz anders ist das Inslebentreten der Eruptionen beim Lichen ruber acuminatus. Hier erfolgt der Ausbruch meist unter Fieber, Kopfschmerz, Schüttelfrost mit einem akuten umschriebenen oder diffusen fleckigen oder streifigen Erythem, Ekzem oder Ödem. Auch gehen Quaddeln und Jucken voraus. Ohne Prodrome geht es selten ab. Entweder imponieren die Effloreszenzen des Lichen acuminatus in der Form der Gänsehaut als geschwellte Follikel oder als an ihrem Grunde rundliche, sonst aber kegelförmige Gebilde von Stecknadelkopf- bis Erbsengröfse. Von Farbe sind sie hellrot bis braun- und blaurot, doch wird die Abtönung vielfach durch die aufgelagerten Schüppchen und Hornkegel verdeckt. Die Konsistenz ist hart. Die Haut mit ihren vielen derben Knötchen und Kegeln gibt dem tastenden, streichenden Finger den Eindruck, als ob er über ein Reibeisen führe. Die Knötchenbildung bleibt fast immer an die Hautfollikel gebunden. Die Anordnung der Gebilde ist eine solche in Haufen oder Strich- oder Kreisform. Die Flaumhärchen durchbohren nur selten die Mitte einer Effloreszenz, meist sind sie verdeckt oder abgebrochen. In diesem Falle bilden sie comedonenartige, schwarze Punkte im Hornkegel. Entfernt man die Hornkegel, so sieht man in einen weiten, roten, feuchten Follikelgang. Ein peripheres Wachstum der Elemente erfolgt nicht, auch keine irgendwelche Umbildung zu Bläschen oder Geschwürchen. Nur weifsliche Epidermisschuppen bilden sich auf der Höhe. Schreitet die Dermatose fort, so geschieht dies durch Aufschliefsen neuer Effloreszenzen. Treten viel neue Elemente nahe beieinander auf, so ist ein Zusammenfliefsen zu Herden möglich. Diese letzteren sind immer trocken, spröde und rauh; sie nässen nie. Geht der Krankheitsprozefs stetig weiter, so wird der Lichen ruber acuminatus diffusus zum universellen. Die Haut ist dann allgemein erythematös, derb, infiltriert mit weifslichen Schuppen bedeckt und abnorm stark gefurcht. Die Kopf- und Gesichtshaut ist gerötet und schuppt. Die Haare werden auf dem Haupte meist immer dünner, trockener, glanzlos. Die Starrheit der Gesichtshaut beeinträchtigt den Gesichtsausdruck und seine Änderungen. An Nase und Ohren bilden sich Risse, die Öffnung des Mundes ist erschwert, das Gesicht wird alt, Lagophthalmus tritt auf, die unteren Lider sind herabgezogen, Brauen, Kinn- und Schnurrbart schwinden, ohne dafs immer Lanugohärchen an ihre Stelle treten. Dasselbe gilt für die anderen behaarten Stellen. Hohlhände und Sohlen werden derb und schwielig, die Haut über den Gelenken reifst ein. Die Nägel werden rissig, brüchig und glanzlos, höckerig, verdickt und verbogen. Das Allgemeinbefinden wird schlecht, Fieber, Frost, Schmerzen bei jeder Bewegung, heftiger Juckreiz, Appetitverlust und Verdauungsstörungen treten auf und bringen den Kranken allmählich ganz herunter. Bleibt die Dermatose lokal beschränkt, so ist der Zustand natürlich weit weniger ernst. Mit Vorliebe befallen werden die Streckseiten der Gliedeı, die Rückenfläche von Händen und Fingern, besonders von letzteren die ersten und zweiten Phalangen; ferner Handteller und Sohlen, Ellenbogen und Knie, Kopf und Gesicht. Von der Pathogenese und Ätiologie beider Lichenarten weifs man noch recht wenig. Vier Theorien sind aufgestellt. Die eine spricht den Lichen als Folge von Ernährungsstörungrn an, die zweite als eine parasitäre, infektiöse Erkrankung, die dritte als ein hereditäres Leiden, und die vierte Theorie glaubt, dafs neuropathische Zustände bedingend wirken. Der Verfasser neigt der letzteren zu. Die Therapie ist für Lichen planus und acuminatus die gleiche. Arsen steht im Vordergrund. Hebra und Kaposi gaben bis zu 4000 Pilulae asiaticae, und zwar von einer stärkeren Konzentration, als es in Deutschland üblich ist. Bei 3000 Pillen beträgt diese Differenz nach Riecke schon 19,5 g Acidum arsenicosum. Daher die Verschiedenheit der erzielten therapeutischen Ergebnisse. Man steige bis zwölf Pillen auf den Tag, lasse Arsenik niemals in den leeren Magen nehmen und regele die Verdauung sorgfältigst. Bier und saure Speisen sind zu verbieten. Neben der Form der asiatischen Pillen

Digitized by Google

wird am meisten die Fowlersche Lösung ordiniert, besonders gern bei jugendlichen Kranken. Gerade bei dieser Art der Verordnung ist ein nur ganz allmähliches Steigen erlaubt. Die anderen Arsenpräparate, wie Eisenarsentinktur, Pearsonsche, Donovansche, Biettsche und Valenginsche Lösung sind nur noch zum Teil in Gebrauch, jedenfalls werden sie selten angewandt. Levico-, Roncegno- und Guberwasser sind nicht kräftig genug zur Lichenheilung. Karbolsäure in Pillenform gegen Lichen zu geben pflegt man heute nicht mehr. Hutchinson und Jamieson ersetzten das Arsen durch Antimon. Bulkley verabreichte Tabletten von weinsteinsaurem Antimon, zweistündlich 0,0006 g. Fox verwandte mit Erfolg bei Lichen Diuretika, Eisenchlorid, Asa foetida; Schamberg und Morris verordnen Hydrargyrum bijodatum, Lask und Liveing Sublimat in Gentianatinktur. Nach Morris wirkt Arsen bei akutem Lichen sogar direkt schädlich. Auch Jodkalium wurde gegen diese Hautkrankheit von Köbner und Rille mit bestem Erfolg gegeben. Nach Aufnahme von 2 g Jodkalium trat auffallend schnelle Rückbildung der Hauteruptionen ein. Auch Thyreoidin (Assmann, Morton), Antipyrin (Besnier, Blaschko, Pringle), Citrophen, Chinin, Belladonna (Leredde), Strychnin (Robinson) und Ergotin (Brocq) werden als Heilmittel gegen Lichen empfohlen. Subcutan werden Arsen, Kakodyl, Atoxyl und Merkurpräparate verwandt. Kaposi betonte die Gefährlichkeit der subcutanen Arsentherapie und das häufige Auftreten von Rezidiven. Was die äufsere Behandlung betrifft, so dürften folgende Medikamente von besonderem Werte sein:

℞ *Ung. Zinc. benzoat.* 500,0
Acid. carbol. 20,0 (4%)
Hydrarg. bichlor. corros. 0,5—1,0 (1—2‰)
Mf. ung. (Unna).

℞ *Ol. Rusc. s. Cadin.* 3,75
Ung. Hydrarg. 7,5
Ung. simpl. 30,0
Mf. ung. (Taylor).

℞ *Ol. Cadin.* 10,0
Ung. diachyl. Hebr. ad 100,0—200,0
Mf. ung. (Breda).

Herxheimer führte das Chrysarobin in die Lichenbehandlung ein, und zwar als 10%iges Chrysarobintraumaticin.

℞ *Naphtol.* 1,0
Glycerin. 10,0
Spir. vin. rect. 90,0
MDs. Spiritus (Weyl).

℞ *Ung. glycerin. neutral* 60,0
Ac. salicyl. 2,0
Ac. tartaric. 3,0
Ac. carbol. 1,0
Mf. ung. (Brocq).

℞ *Aq. Calc.*
Adip. suill. āā 100,0
Ac. carbol. 10,0
Kaolin 60,0
Mf. ung. (Unna).

Die französische Dermatologie führte neuerdings auch heifse Duschen in die Therapie des Lichen ein, auf der nervösen Theorie der Krankheit fufsend.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die Quecksilberinjektionen. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. prat.* 1904. Nr. 45.) Zusammenstellung der auf dem letzten Congrès de Médicine und in neueren Journalartikeln von französischen Autoren geäufserten Anschauungen über die Behandlung der Syphilis. Während die Mehrzahl der Syphilidologen in Frankreich, wie bekannt, die Injektionskuren in allen Fällen angewendet wissen will, wünschen einzelne, wie Lannois und Hallopeau, für die leichten und mittelschweren Syphilisfälle jetzt wieder die Verabreichung von Quecksilber per os und die Quecksilbereinreibungen. Abadie empfiehlt für gewisse Fälle von chronischer Rückenmarksyphilis die intravenösen Quecksilberinjektionen, die auch bei luetischen Affektionen der Blutgefäfse, der Augen und des Gehirns jeder anderen Methode überlegen sein sollen.

Götz-München.

Bemerkungen über Quecksilberinjektionen bei Neurosen von syphilitischem Ursprung, von M. Faure-London. (*Lancet.* 10. Dez. 1904.) Verfasser zieht im allgemeinen Injektonen (intramuskuläre, am Gesäfs, 4 cm tief, mit nachfolgender gelinder Massage) von löslichen Hg-Salzen als das wirksamste Mittel vor. Man gibt sie drei- bis siebenmal wöchentlich. Das Benzoat, Bijodid und Sublimat wirken am energischsten; das Kakodyl- und das Hermophenylsalz werden wohl besser vertragen, sind aber weniger effektvoll. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die an den altperuanischen keramischen Tonfiguren und anthropomorphen Gefäfsen dargestellten Hautveränderungen und Defekte mit besonderer Rücksicht auf das Alter der Syphilis und anderer Dermatosen in Amerika, von J. Neumann-Wien. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 4.) In den Inkagräbern sind Tonfiguren und anthropomorphe Gefäfse gefunden worden, welche sicher aus der präkolumbischen Zeit stammen und Darstellungen von Substanzverlusten an den verschiedenen Körperstellen bringen, wie Nase, Oberlippe, seltener Wangen und unteren Extremitäten. Diese Substanzverluste wurden nun von den verschiedenen Forschern auch verschieden gedeutet. Lepra wurde mit Sicherheit ausgeschlossen. Von einem Gelehrten wurden sie als Folgen einer heute noch in Peru endemischen Krankheit, der Llagga oder Uta, angesehen, die von dem Stiche einer giftigen Fliege entstehen soll. Von einem anderen wurden die Substanzverluste als künstliche Verstümmelungen, als Strafen für Delikte erklärt. N. hat das Material des Wiener Hofmuseums untersucht und festgestellt, dafs es sich bei jenen Substanzverlusten höchstwahrscheinlich um syphilitische Affektionen handelt, da alle anderen in Betracht kommenden Krankheiten, wie Lepra, Lupus oder eine autochthone Erkrankung (Verruga, Buba oder Llagga) mit Sicherheit auszuschliefsen sei. Damit wäre bewiesen, dafs die Syphilis schon in der präkolumbischen Zeit geherrscht hat, womit nicht gesagt sein soll, dafs die Syphilis überhaupt amerikanischen Ursprungs sei. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Über präkolumbische Knochenfunde im Hinblick auf die Frage über die Provenienz und das Alter der Syphilis, von J. Neumann-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 4.) In den verschiedensten Museen und Privatsammlungen der

Digitized by Google

verschiedensten Kontinente sind Schädel- und Knochenfragmente gefunden worden, an denen man syphilitische Veränderungen genau nachzuweisen geglaubt hat; für Europa und Japan kann die Wahrscheinlichkeit dieser Hypothesen weit eher anerkannt werden als für Amerika. Denn wenn daselbst alle möglichen artifiziellen Deformationen, insbesondere bei Schädeln vorkommen, so mufs man dafür auch die ganz eigenartigen Gewohnheiten der damaligen Wilden verantwortlich machen, die Peruaner zum Beispiel, erzeugten mit Bändern und Schnüren die eigenartigsten Schädeldeformationen, welche natürlich nicht ohne Blutung und Entzündung blieben; aufserdem trugen die meisten kriegerischen Stämme die unteren Extremitäten entblöfst, so dafs es leicht zu traumatischen Entzündungen des Schienbeins kommen konnte. Aus den amerikanischen Knochenfunden jedenfalls kann man den ersten Ursprung der Syphilis unter den amerikanischen Indianern nicht ohne weiteres entnehmen. Im Gegenteil sind die Knochenfunde in Europa gerade bezüglich des Zusammenhanges mit der Syphilis viel weniger strittig, und sind die Funde selbst verhältnismäfsig zahlreicher. In Abydos, Oberägypten fand Fouquet einen für Syphilis an mehreren Stellen charakteristischen Schädel. Im Jahre 1872 wurde in Solutoé (Dep. Saone et Loire) ein weibliches Skelett aus der Zeit der Merovinger aufgefunden, dessen beide Tibien nach Virchows, Brocas, Olliers, Rollets und Hammonics Ausspruch mit syphilitischen Exostosen besetzt sind. Canquenes und Loserre fanden in Dolmen (Hünengräbern aus der Bronzezeit) einen Schädel und ein Knochenfragment eines solchen mit Osteophyten, die Parrot für syphilitische erklärte. Im Musée de Paris befindet sich eine mit syphilitischer Hyperostose besetzte Tibia aus den Dolmen von Levy (Dep. Eure), im Brocamuseum ein Stirnbein aus dem Grabhügel von Meloissy mit zwei Exostosen, wie eine Tibia mit einer grofsen Exostose und multiplen unregelmäfsigen Exostosen in der Gegend des unteren Tibiofibulargelenkes. Hiermit ist die Zahl derartiger in den verschiedensten Museen und Privatsammlungen enthaltenen Funde keineswegs erschöpft. In neuester Zeit hat Buntaro Adachi eine in Japan gefundene, aus der Steinzeit stammende Tibia mit Residuen eines Entzündungsprozesses und Höhlenbildung im Knochen beschrieben, die er auf Syphilis zurückführt. Adachi hält die Existenz der Syphilis in Japan während der Steinzeit für erwiesen, während Okamura auf Grund seiner Quellenstudien behauptet, dafs die Syphilis erst im 15. Jahrhundert durch die Portugiesen in Japan und China eingeschleppt worden sei, wo sie bis dahin unbekannt war. Also hätten diese Funde an Skeletten, die mehr als fünf Jahrhunderte alt sind, eher die Berechtigung, die in der letzten Zeit wieder aufgetauchte Hypothese amerikanischen Ursprungs der Syphilis zu widerlegen; aber für sich allein genommen, können die krankhaften Veränderungen der Knochen überhaupt noch keinen einwandsfreien Beweis des syphilitischen Ursprungs und damit auch noch keine Annahme für die Existenz der Syphilis in zeitlicher und örtlicher Beziehung erbringen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Die Morbidität der männlichen Bevölkerung Astrachans an Syphilis nach den Daten des städtischen Ambulatoriums für die Zeit von 1898—1902, von Sawin. (*Med. Obosrenje.* 1905. S. 115.) Im Laufe von fünf Jahren kamen zur Beobachtung 1148 Fälle von Syphilis, wobei es sich handelte in 269 um Ulcus induratum, in 291 um Syphilis recens, in 159 um Syphilis recidiva, in 415 um Syphilis gummosa und in 14 um hereditäre Syphilis. *Arth. Jordan-Moskau.*

Fortschritte der Lehre von der Syphilis und die Bedeutung der zahnärztlichen Tätigkeit für ihre Bekämpfung und Verhütung, von Erich Hoffmann-Berlin. (*Dtsch. zahnärztl. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.) In der Jahresversammlung 1904 des Standesvereines Berliner Zahnärzte (gegründet 1903) weist H. in Ergänzung und Anlehnung an den Vortrag von Kirchner „Der Zahnarzt als Hygieniker“ (*Dtsch.*

Digitized by Google

Monatsschr. f. Zahnheilkde. 1903. S. 140) auf die Bedeutung der Syphilis für die zahnärztliche Praxis hin. Denn nicht die Zahnärzte selbst, sondern auch weite Kreise der Bevölkerung haben grofses Interesse daran, dafs die Zahnärzte und die Studierenden der Zahnheilkunde von der Tragweite und der Erkenntnis syphilitischer Infektion und Infektiosität aufgeklärt und unterrichtet sind. In Sonderheit spielt sich die Syphilis an verschiedenen Erscheinungen in der Mundhöhle ab, und zwar als Primäraffekt, oder in Form der sekundären Schleimhautplaques oder als tertiäre Perforationen und als hereditäre Syphilis. Die Zahnärzte müssen auf alle diese Erscheinungen achten und dieselben differenzieren können, erstens damit sie „sich selbst vor dieser das Lebensglück des einzelnen und seiner Familie so oft untergrabenden Krankheit schützen und eine Übertragung von einem auf einen anderen Kranken vermeiden können, zweitens, damit sie durch Überweisung von verdächtigen oder offenkundig kranken Individuen in geeignete ärztliche Behandlung, durch Instandsetzung des Gebisses und Sorge für rationelle Mundpflege zur Heilung der sonst fortdauernd rezidivierenden Schleimhautpapeln, welche als Quelle neuer Infektionen eine Gefahr für die Allgemeinheit bilden, beizutragen vermögen".

Auf diese Weise geben die Zahnärzte auch ihrerseits einen wichtigen Beitrag zu den Bestrebungen, welche von der internationalen Vereinigung und der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten seit einigen Jahren zur Hebung des Volkswohls angestrengt werden. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über die Bedeutung von Narben in der Genitalgegend beim Rückschlufs auf Syphilis, von A. Cooper-London. (*Brit. med. Journ.* 21. Jan. 1905.) Verfasser bespricht die Erscheinungen der Primärsyphilide, des weichen Schankers, der Gummata, phagadänischer Geschwüre, von blennorrhoischen Abscessen, Balanitis, Herpes, Vereiterung von Talgdrüsen, sonstigen Abscessen, tuberkulösen Läsionen und Traumen verschiedener Art, ohne aber wentlich neues beizubringen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Dauer der Kontagiosität der Syphilis, von A. L. Fourcade. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 23.) Verfasser kommt zu folgenden Schlufssätzen: 1. Es ist von hervorragendem sozialen Interesse, die Zeit zu kennen, während welcher ein Syphilitischer imstande bleibt, seine Krankheit direkt zu übertragen oder zu vererben. 2. Die Literatur lehrt, dafs sich eine präzise Angabe hierüber nicht geben läfst. Auch die besten Kenner der Syphilis entscheiden diese Frage mehr nach dem Gefühl als nach wissenschaftlichen Tatsachen. 3. Die kritische Untersuchung der Beobachtungen, auf Grund deren die Dauer der Kontagiosität für fast unbestimmbar erklärt wird, zeigt, dafs diese Anschauung nicht aufrecht gehalten werden kann. 4. Verfasser hat versucht, die Frage dadurch zu klären, dafs er Erhebungen über die Dauer sekundärer Erscheinungen anstellte bei Syphilitischen, die einem obligatorischen ärztlichen Examen sich zu unterziehen haben (puellae publicae inscriptae) und gefunden, dafs diese Dauer nicht über zwei Jahre beträgt. 5. Weitere zahlreiche Erhebungen haben ergeben, dafs die Kinder einer Frau, die schon drei Jahre syphilitisch ist, stets intakt sind. *Fritz Loeb-München.*

Wie man etwa erforderliche Syphilis konstruiert, von J. A. Gläser. (*Fortschr. d. Med.* 1904. Nr. 32.) Der neueste Aufsatz Gl.s schliefst sich dessen früheren Geistesprodukten würdig an. Das eigentliche Thema der Arbeit ist, nachzuweisen, dafs Nonne in mehreren Fällen von familiär auftretender Tabes, namentlich in einem in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 32 beschriebenen Falle ohne Recht und ohne Grund eine Syphilis als anamnestisch nachweisbar angenommen hat. Mit dem Versuche, diesen Nachweis zu führen, begnügt sich aber Gl. natürlich nicht; er benutzt vielmehr die Gelegenheit, um sich wieder einmal in Spötteleien und Schimpfe-

Digitized by Google

reien von der bekannten Art Luft zu machen; die ersten drei Seiten des Aufsatzes sind fast ausschliefslich diesem edlen Zwecke geweiht. Deshalb ist auch ein Eingehen auf den Inhalt der Arbeit, soweit er sachlich ist, nicht angezeigt; es wäre wohl das Richtigste, wenn in Zukunft alle Elaborate GL.s, die in diesem Ton und in dieser Art geschrieben sind, überhaupt ignoriert würden. *Götz-München.*

Gregarinen oder Plasmazellen? von RUDOLF HOFFMANN-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 47.) Zu der Mitteilung JESIONEKS und KIOLEMENOGLOUS über einen Befund von protozoenartigen Gebilden (Gregarinen) in den Organen eines hereditär-luetischen Fötus bemerkt H., dafs die beschriebenen Gebilde in einigen Punkten vom Typus der Gregarinen abweichen, dafs sie dagegen alle spezifischen Eigenarten der Plasmazellen besitzen. Allerdings entsprechen sie in mancher Beziehung dem Plasmazelltypus nicht, doch könnten diese Differenzen allenfalls durch die besonderen Verhältnisse, die in dem betreffenden Falle vorlagen, erklärt werden. In derselben Anordnung und Lokalisation, wie JESIONEK und KIOLEMENOGLOU ihre Gregarinen, fand COUNCILMAN in 42 Fällen von akuter interstitieller Nephritis nach Infektionskrankheiten in den Nieren Plasmazellen. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Lehre von der Vererbung der Syphilis, von JESIONEK-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 49 und 50.) Nach einem Hinweis auf MATZENAUERS bekannten Vortrag über die Vererbung der Syphilis berichtet J. ausführlich über eine 18jährige, im Beginn der Gravidität stehende Patientin, die wegen Blennorrhoe polizeilich ins Spital eingewiesen, aus äufseren Gründen wiederholt und von verschiedenen Ärzten daraufhin untersucht wurde, ob sich nicht luetische Erscheinungen und speziell ein Primäraffekt oder Residuen eines solchen an ihr fänden. Das Resultat dieser Untersuchungen war ein negatives: während einer viermonatlichen exakten Krankenhausbeobachtung liefs sich keine Spur von Syphilis nachweisen. Nach Ablauf von vier Monaten, im fünften Monate der Gravidität, trat eine Roseola auf, die sich in wenigen Tagen über den ganzen Körper ausbreitete und sich zu einem makulo-papulösen Syphilid entwickelte; gleichzeitig wurde eine multiple indolente Lymphdrüsenschwellung konstatiert, dieselbe betraf die verschiedenen Drüsengruppen ganz gleichmäfsig. Spuren einer Sklerose konnten auch jetzt nicht eruiert werden. Der Fall, der ungewöhnlich genau beobachtet worden ist, konnte nach J.s Überzeugung nur als Choc en retour aufgefafst werden. Einen direkten Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung brachte dann noch der Umstand, dafs die Syphilis des Kindes, das im achten Schwangerschaftsmonat tot zur Welt kam, allem Anschein nach älter war als die Syphilis der Mutter. Die Frucht war also zweifellos vom Vater her syphilitisch und hatte ihre Lues nach vollendetem Placentarkreislauf auf die Mutter übertragen. Wie aber kann die Frucht vom Vater her syphilitisch sein? Die Lehre von der Nichtinfektiosität des Sperma ist J. aus theoretischen Gründen nie recht begreiflich gewesen. Einen Beweis dafür, dafs sie nicht richtig ist, findet er in dem Falle eines von ihm beobachteten Arztes, der sich bei einer Operation extragenital mit Lues infiziert hatte, nach einer Inunktionskur vollständig symptomlos geworden war und fünf Monate post infectionem, als er bereits seit mehreren Wochen keinerlei Erscheinungen mehr aufwies, durch einen Coitus seine Frau ansteckte; der Mann hatte gerade am Penis niemals irgendwelche syphilitische Veränderungen gezeigt, auch die Leistendrüsen waren nie geschwollen gewesen. J. ist überzeugt, dafs in diesem Falle das Sperma der Träger des Infektionsstoffes gewesen ist.

Gegenüber der MATZENAUERschen Lehre zieht J. aus den beiden Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Das Sperma eines Syphilitikers kann Kontaktinfektion bewirken.

Digitized by Google

2. Das Sperma kann die Syphilis vom Vater auf die Frucht übertragen; es gibt eine paterne Vererbung.

3. Es gibt einen Choc en retour. *Götz-München.*

Zur Ätiologie der Syphilis, von John Siegel-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 4.) Im Blute nicht behandelter Syphiliskranker hat Verfasser stark glänzende, gallertartige Scheibchen gefunden, die im Durchmesser 1—3 μ grofs sind. Bei starker Abblendung des Lichtes zeigt sich eine Andeutung von Kernbildung.

Werden Kaninchen und Affen mit Syphilis geimpft, so kann man eine so starke Überfüllung des Blutes mit diesen Körperchen erzielen, dafs in jedem Gesichtsfelde mehrere Körperchen sichtbar werden. Die spezifischen Körperchen sind echte Protozoen. Eine ausführliche Beschreibung soll folgen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis beim Kinde, von E. Jaubert. (*Thèse de Montpellier.* 1904.) Die Arbeit enthält nichts Berichtenswertes.

Fritz Loeb-München.

Fälle von kongenitaler Syphilis, von H. A. Cottell-Louisville. (*Louisville Journ.* Febr. 1905.) C. sah in einer 32jährigen Praxis nur sieben bis acht Fälle von angeborener Syphilis, was für die relative Seltenheit dieser Form von Syphilis spräche; dieses seltene Auftreten der angeborenen Syphilis wurde auch in der weiteren Diskussion, welche in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Louisville im Anschlufs an den Vortrag Cottells stattfand, fast von allen Rednern hervorgehoben. Ein paar der bemerkenswertesten Fälle beschreibt C. des näheren; bei dem einen stellten sich die syphilitischen Erscheinungen erst 12—15 Monate nach der Geburt in Gestalt eines Blasenausschlages ein, welcher prompt auf Quecksilber (Kalomel) zurückging, im Alter von fünf Jahren starb aber das Kind an Gehirnstörungen. Mit Ausnahme dieses Falles erreichten alle von C. beobachteten Kinder ein höheres Alter, was im Gegensatz zu der allgemeinen (? Referent) Ansicht stehe, dafs ein Kind mit angeborener Syphilis mit Wahrscheinlichkeit vor erreichtem fünften Lebensjahre an irgendeiner Nerven- oder Gehirnaffektion zugrunde gehe. Auch gegen die Lehre, dafs ein syphilitisches Kind von der Mutter nicht gestillt werden sollte, um dieselbe nicht der Ansteckungsgefahr auszusetzen, spricht ein von C. unter anderem beobachteter Fall, wo die Mutter sich nicht abhalten liefs, ihr Kind zu stillen und niemals (unter vieljähriger Beobachtung) Symptome von Syphilis zeigte.

In der Diskussion hebt Marvin hervor, dafs Syphilis eine der drei oder vier Hauptursachen für die Entstehung der Endarteriitis, welche Apoplexie, Embolie oder Thrombose zur Folge haben kann, ist und diese Folgen ebenso gut bei Kindern wie bei Erwachsenen sich einstellen können; M. sieht jedoch keinen Grund dafür, dafs hierbei nach einem bestimmten Zeitabschnitt der Tod eintreten solle. Ein anderer Punkt, auf welchen M. hinweist, ist, dafs oft lange Zeit hindurch bei den Eltern die Syphilis verborgen bleibt oder nicht erkannt wird, und er führt ein sehr charakteristisches Beispiel hierfür an.

Evans sah viele Fälle von syphilitischer Augen-, Ohren-, Nasen- und Rachenaffektion bei Kindern und der heranwachsenden Jugend, welche unzweifelhaft hereditären Ursprungs waren; danach zu urteilen, glaubt er, dafs gar manche Fälle von angeborener Syphilis von den Ärzten übersehen würden.

Auch Dabney kann sich den Umstand, dafs so relativ wenige Fälle von angeborener Syphilis zur Beobachtung kämen, nur damit erklären, dafs deren Symptome viel später deutlich hervorträten, die früheren Erscheinungen aber sehr geringfügig wären und übersehen würden. Die Hauptbehandlung bleibt hier wie dort stets das Quecksilber; bezüglich der Ozaena, welche die Kinder so sehr am Saugakt behindert

und dadurch in der Allgemeinernährung in hohem Grade schädigt, ist aber sorgfältige Lokalbehandlung (aus eben diesen Gründen) von grofsem Nutzen.

Stern-München.

Behandlung der hereditären Syphilis der Säuglinge mit Oleum cinereum, von Duhot. (*Policlinique centrale.* 1904. S. 247.) D. hat einen drei Monate alten hereditär-syphilitischen Säugling mit Injektionen von Oleum cinereum behandelt; er machte in Zwischenräumen von je fünf Tagen acht Einspritzungen in einer Dosis, dafs jedesmal 0,03 Quecksilber deponiert wurden, also eine für ein Kind dieses Alters ziemlich grofse Menge. Der Erfolg war ein ausgezeichneter: das Kind genas sehr rasch und gedieh überraschend gut.

Götz-München.

Lues hereditaria recens, von Felix Malinowski. (*Gazeta lekarska.* 1904.) Auf Grund 150 Fälle beschreibt Verfasser die Symptomatologie der Lues hereditaria recens, mit besonderer Berücksichtigung der Erscheinungen auf der Haut. Entgegen der Meinung vieler Autoren will Verfasser die Dermatitis erythematosa und erythematosquamosa nicht zu den spezifischen Erscheinungen anrechnen; er hat mehrere Fälle dieser Eruption bei Kindern gesehen, welche bestimmt nicht syphilitisch waren, und nur sehr wenige bei wirklich syphilitischen Kindern.

Für die beste Behandlungsmethode betrachtet Verfasser die Sublimatbäder à 1,0 Hydrargyri corrosivi. Die interne Darreichung des Quecksilbers ruft oft Darmerkrankungen hervor. Über ein Jahr alten Kindern verordnet Verfasser Einreibungen zu 1,0 Unguentum ciner. oder appliziert Quecksilberpflaster auf gröfsere Hautflächen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Tödliche Blutung aus der Leber infolge hereditärer Lues bei einem Neugeborenen, von Shukowski. (*Med. Obosrenje.* 1905. S. 106.) Die Krankengeschichte lautet kurz folgendermafsen: Eine 25jährige, unverheiratete Bäuerin gebar das dritte Kind von einem und demselben Manne. Das erste Kind lebte sechs Monate, das zweite ein Jahr. Das dritte Kind war völlig ausgetragen und gut genährt. An der Placenta liefs sich nichts Pathologisches finden. Am vierten Tage nach der Geburt trat eine Nabelblutung ein, das Kind wurde sehr aufgeregt, wurde blasser und blasser und starb. Bei der Sektion fand sich eine sehr starke Ansammlung von Blut in der Bauchhöhle, eine ganz kleine, blasse Leber, auf deren linker Seite, in der oberen Hälfte, die Kapsel abgehoben ist. Die Kapsel präsentiert sich als zusammengefallene, grofse Blase, welche viele kleine Blutgerinsel enthält. Bei der mikroskopischen Untersuchung liefs sich eine stark ausgeprägte Lebercirrhose und ferner Encephalitis interstitialis congenita und Pneumonia interstitialis nachweisen.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Umschneidung des harten Schankers, von R. Schinkel-Gand. (*Gand, Clin. dermatol. de l'Univ.* 1904.) Nach dem Vorbilde von M. Ehlers, Brandès, King, Lesser und J. Bangs, Matzenauer u. a., betont auch Schinkel die chirurgische Ausschneidung des harten Schankers. Nach Brandès ist die Ausschneidung des harten Schankers ein gutes lokales Mittel, „das eine ansteckende Wunde in eine einfache verwandelt und die Infektionsquelle ausrottet“. Matzenauer hat 21 Schanker ausgeschnitten und vier vollständige Heilungen erzielt. Wenn auch die letzteren nicht häufig sind, so werden durch die Ausschneidung die sekundären und tertiären Erscheinungen leichter. Cozzi operierte einen Schanker von ziemlich bedeutendem Umfange mit Erfolg; kein Zeichen von Syphilis während zweier Jahre nach dem Auftreten des Schankers. Ebenso Munn, Rosenthal und Humbert. Schinkel berichtet von einem günstigen einschlägigen Falle aus der dermatologischen Klinik der Universität Gand. Es handelt sich um einen 24jährigen Mann, der einen Monat nach der Ansteckung in die Klinik kam, vorher nie ein Schankergeschwür, aber eine ent-

zündliche Phimose hatte. De Cock nahm die Operation vor, dieselbe erfolgte so umfangreich wie möglich und erstreckte sich namentlich auch mit auf die Entfernung der Leisten- und Oberschenkeldrüsen und auf deren Lymphstränge; nach Ausstopfung mit Sublimatgaze und vorheriger Spülung mit Sublimatlösung heilten die Wunden schnell, und nach vier Monaten war nichts von syphilitischen Allgemeinerscheinungen zu merken. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über extragenitale Primäraffekte, von Otto Witte. (Inaug.-Dissert. Kiel 1905.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

Über extragenitale und perigenitale Primäraffekte, ihre Häufigkeit, Lokalisation, Ätiologie und Prognose, von M. Büttgen. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Autor fafst seine Resultate dahin zusammen, dafs die extragenitalen Primäraffekte im allgemeinen keine schwereren Erkrankungen im Gefolge haben als die genitalen; treten aber solche auf, so sind sie nicht durch die aufsergeschlechtliche Lokalisation der Sklerose, sondern, wie bei der genitalen Infektion, durch konstitutionelle Verhältnisse oder durch den Beginn, die Art und die Dauer der Behandlung bedingt. *Fritz Loeb-München.*

Über die Lokalisation des Primäraffektes auf der Conjunctiva bulbi, von R. Pelissier. (*Thèse de Lyon.* 1904.) Verfasser konnte 16 Fälle der seltenen Lokalisation des Primäraffektes auf der Conjunctiva bulbi sammeln. Die Diagnose ist nicht schwierig; die Prognose für das Auge sehr gut. Die Affektion verläuft, ohne irgendwelche Sehstörungen zu hinterlassen; es bleibt entweder eine kleine Narbe oder ein Pigmentfleck zurück; die Therapie ist eine lokale antiseptische und eine allgemeine antisyphilitische. *Fritz Loeb-München.*

Der syphilitische Augenschanker, von F. Terrien. (*Progrès méd.* 1904. Nr. 36.) Der Augenschanker ist im Gegensatz zu den sonstigen extragenitalen Schankern bei dem Manne häufiger als beim Weibe; was seine Häufigkeit betrifft, so bildet er 4—5 % der Extragenitalen. Küssen, Kontagion durch Liebkosen (Belecken) und Ausspucken dürften die direkte Infektionsquelle bieten. Ein mit Schleimpapeln behafteter Patient hat durch die bei einem Hustenanfall herausgestofsenen Speichelpartikelchen schon so manchen Arzt am Auge infiziert.

Folgende Arten stellt Terrien zusammen:

1. Lidschanker, fast immer einzeln, entwickelt sich selten an der Gesichtshaut.
2. Schanker des Ciliarrandes, meist an der inneren Kommissur, Geschwulstentwicklung in Mandelform, Induration, Längsachse parallel dem freien Lidrand.
3. Schanker der Conjunctiva ist selten, im inneren oder äufseren Augenwinkel, oft in der Gegend des Blindsackes.
4. Schanker des inneren Augenwinkels, am häufigsten, ähnlich dem freien Lidrandschanker im Ansehen.
5. Schanker des äufseren Winkels, in zwei Segmente geteilt; die ulcerierte Oberfläche, durch Lidbewegung gereizt, sieht einem Cancroid ähnlich.
6. Schanker der Conjunctiva bulbi, sehr selten.
7. Schanker der Tränendrüse, fraglich.

Nach etwa acht Tagen schwellen die präaurikularen und submaxillaren Lymphdrüsen an. Diagnose ist im allgemeinen nicht schwer. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Tuberkulöse Ulcerationen, Epitheliom der Lider, Pustula maligna, ulceriertes Gumma, bei Conjunctivalschanker phlyktänuläre Conjunctivitis, Episcleritis mit Knötchenbildung, Herpes und Pemphigus, diphtheritische Conjunctivitis, maligner Tumor, Dacryocystitis und schliefslich sekundäre und tertiäre Erscheinungen der Syphilis. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über Carcinom auf luetischem Boden, von Arthur Römer. (Inaug.-Dissert. Bonn 1903.) Sichere Anhaltspunkte, daſs die Lues einen günstigen Boden für Carcinom schaffe, fehlen; die meisten Autoren leugnen eine solche Beziehung oder sprechen sich zweifelhaft darüber aus. — Verfasser gibt zuerst eine Übersicht über die früheren diesbezüglichen Mitteilungen und bespricht dann zwei Fälle, die ihm von Doutrelepont zur Veröffentlichung überlassen wurden. Im Fall 1 hat es sich zweifellos um ein ulceriertes Gumma gehandelt, auf dessen Boden sich dann später ein Carcinom etablierte. Auch im zweiten Falle ist der Zusammenhang zwischen beiden Affektionen nach den Ausführungen des Verfassers als sicher zu betrachten.

Fritz Loeb-München.

Die tertiär-syphilitische Mittelohreiterung, von Emil Baumann. (Inaug.-Dissert. Bonn 1902.) Kasuistik. *Fritz Loeb-München.*

Untersuchungen über Syphilis placentae, von I. J. Michalski. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Behandlung der Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica, von Fischl-Bad Hall (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 2.) Gegen diese hartnäckige Affektion hat Verfasser in mehreren Fällen folgende Behandlung mit günstigem Erfolg angewandt. Täglich ein Hand- bezw. Fuſsbad, so heiſs es vertragen wird, durch eine Viertelstunde lang. Sorgfältiges Abtrocknen. Mindestens zehn Minuten langes Einreiben von 0,5—1 g Hg-Resorbin in die Handteller- bezw. Fuſssohlenhaut, darauf eine Hülle von Billroth-Battist umgelegt und Tag und Nacht getragen, um eine Verdunstung des Hg zu verhindern. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Zwei Fälle von Eruptionsikterus bei Syphilis, von Oskar Goldstein-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 40—42.) Die Lues nimmt eine Art Mittelstellung zwischen akuten und chronischen Infektionskrankheiten ein, indem wir die akuten Früherscheinungen den ersteren, die Symptome der Spätsyphilis den letzteren zurechnen können. Während wir jedoch die Frühsymptome meist nur an der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten, die Tertiärsyphilis an der Haut und den inneren Organen zu sehen pflegen, finden wir eine Erkrankung der Leber mit Ikterus gelegentlich schon in der Frühperiode der Syphilis. In solchen Fällen pflegt gewöhnlich schon früher, zuweilen vor Jahren, ein Ikterus vorausgegangen zu sein, so daſs die Leber als prädisponiert, als ein Locus minoris resistentiae zu betrachten ist. Verfasser hat in zwei Fällen von recenter Syphilis Eruptionsikterus, verbunden mit starker Leber- und Milzschwellung und anderen Symptomen einer akuten Infektionskrankheit beobachtet. In beiden Fällen konnten anamnestisch Anfälle von Ikterus festgestellt werden. In dem einen Falle könnte eventuell durch Schnüren verursachte Furchenbildung der Leber, in dem anderen eine Malaria als prädisponierende Momente angesehen werden. Die Ansichten darüber, ob in ähnlichen Fällen der Eruptionsikterus als syphilitisches Symptom oder als zufällige Begleiterscheinung zu betrachten sei, sind noch nicht ganz geklärt. Für die erstere Ansicht spricht jedoch die Tatsache, daſs Fälle beobachtet worden sind, wo nicht nur mit dem ersten Exanthem, sondern auch mit den Rezidiven der Ikterus auftrat und wo dieser nach antiluetischer Behandlung schwand, um nach Aussetzen derselben wiederzukehren. — Verfasser hat an einem zehn Jahre umfassenden Material von 8000 Fällen festgestellt, daſs der Ikterus im Frühstadium der Syphilis ein seltenes Vorkommnis ist, da er nur in 0,24 % aller Fälle gefunden wurde. Dabei sind nur solche Fälle berücksichtigt worden, welche in einer Eruptionsperiode der Frühsyphilis auftraten — Eruptionsikterus. Zu beachten ist, daſs in den meisten Fällen die Faeces ihre normale Farbe behielten und Milzschwellung nachgewiesen werden konnte, was für die Ähnlichkeit des Eruptionsikterus mit den akuten Infektionskrankheiten spricht. Für die Ätiologie der Erkrankung sind verschiedene Erklärungen

gegeben worden, aus denen hervorzugehen scheint, dafs sie keine einheitliche ist. Jedenfalls haben wir es hier mit einem Prozefs zu tun, der durch das syphilitische Virus hervorgerufen wird und von der Leber primär seinen Ausgang nimmt.

Katzenellenbogen - Düsseldorf.

Pfortaderthrombose bei Lebersyphilis mit tödlicher Magen- und Darmblutung, von Edmund Klemm. (Inaug.-Dissert. München 1902.)

Fritz Loeb-München.

Ein Beitrag zur syphilitischen Darmstenose, von Bruno Kaminski. Aus dem k. hygienischen Institut in Posen. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1904.) Mit Sicherheit nachgewiesener Fall von diffuser syphilitischer Darmentzündung und Verengerung, der in seinen verschiedenen Entwicklungsstadien klargestellt ist und unsere Kenntnisse von den syphilitischen Darmerkrankungen durch positive Befunde fördert.

Fritz Loeb-München.

Über die chronische sklerosierende Gastritis (Linitis plastica Brintons) und ihre Beziehung zur Syphilis, von Josef Feser. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1903.) Das Wesen der Linitis plastica ist in einer in der Submucosa des Magens sich diffus ausbreitenden Bindegewebswucherung spezifisch luetischer Natur mit nachfolgender Schrumpfung und Stenosierung zu suchen, wie sie nicht nur am Magen, sondern auch am Rektum, sowie dem übrigen Intestinaltraktus in selteneren Fällen auftritt. Damit ist diese Affektion in das Ganze der Visceralsyphilis eingegliedert und ihr der singuläre Charakter, den sie bisher hatte, genommen.

Fritz Loeb-München.

Beiträge zur Syphilis der Lippen, der Zunge und des Kehlkopfes, von Franz Weber. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Epikrise eines komplizierten Falles von Trachealstenose (wahrscheinlich eine gummöse Thyreoiditis und Mediastinitis), von L. J. Dervin. (Inaug.-Dissert. München 1903.) Ohne besonderes Interesse. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Syphilis der Trachea und der Bronchien, von J. Neumann-Wien. (*Dtsch. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 1.) Im Jahre 1901 hatte N. in der „Wiener dermatologischen Gesellschaft" einen Fall von syphilitischer Trachealstenose demonstriert und über drei ältere Fälle berichtet. Im Jahre 1902 hatte N. Gelegenheit, bei einer 38jährigen Kaufmannsfrau aus Galizien eine syphilitische Trachealbronchostenose zu beobachten. Die Patientin zeigte bei ihrer Aufnahme ein periostales, exulceriertes Gumma am rechten Scheitelbein mit teilweiser Blofslegung des unterliegenden Knochens, ein erweichtes Knochengumma an dem Akromialende des rechten Schlüsselbeins, Narben und multiple Hautgummata an der linken Hals- und Sternalgegend, Schwellung der linksseitigen Submaxillardrüsen, Chloranämie. Da die Patientin nach kurzer Zeit anfing, über Atembeschwerden zu klagen, so wurde die laryngoskopische und radiographische Untersuchung des Halses und der Lungen vorgenommen, wobei eine mehrfache leisten- und sichelförmige Stenosierung wie eine Knickung der Trachea konstatiert wurde, während die Bronchoskopie die Stenosierung des rechten und besonders des linken Bronchus knapp unterhalb der Bifurkation ergab. Dabei bestand vorwiegend eine exspiratorische Dyspnöe. Der bei der Radioskopie an den Lungen erhobene Befund, der zahlreiche diffuse Infiltrate im Lungenparenchym gleichwie gar bronchiale Infiltration ergab, legte bei der stets negativ ausgefalllenen Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbazillen den Verdacht nahe, dafs es sich hier um eine Lokalisation des syphilitischen Prozesses in den Lungen handelte. Die Therapie, die im Anfang in Darreichung von Jodeisensirup, roborierender Diät, später in schwachen Gaben von Jodkalium (10,0 : 200,0 zweimal täglich einen Efslöffel) bestand, hatte auf die Lungenaffektion keinen Einflufs. Patientin wurde später auf die innere Abteilung

verlegt, wo der Versuch gemacht wurde, die Trachea durch passend geformte Verweiltuben zu dilatieren, ein Verfahren, das sich nach v. SCHRÖTTERS Beobachtung in zwei Fällen bewährt hatte. Ob die Behandlung auch hier von Erfolg war, liefs sich nicht feststellen, da Patientin sich der Weiterbehandlung entzog. Die Abtragung der stenosierenden Gewebsprodukte in Trachea und Bronchien mit schneidenden Instrumenten hat sich nicht bewährt. *Putzler-Danzig.*

Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta, von H. THIEMANN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 5.) Beschreibung eines Falles von akuter syphilitischer Nierenentzündung, die, noch während der Primäraffekt sichtbar war, gleichzeitig mit einer typischen makulösen Syphilis auftrat und mit diesem durch 24 Sublimatinjektionen (à 0,01) zum völligen Verschwinden gebracht wurde. *Götz-München.*

Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta praecox, von FRIEDRICH RÖVER. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1902.) Lassen sich bei einem Syphilitiker während der merkuriellen Behandlung Eiweifsspuren im Harne nachweisen, so können diese Folge der Quecksilberwirkung sein, sie treten dann nur vorübergehend auf. Gröfsere Eiweifsmengen hingegen erwecken den Verdacht des Bestehens einer syphilitischen Nephritis. Bei dieser ist es indiziert, die Behandlung nicht abzubrechen, sondern fortzusetzen, da sie selbst auf Quecksilber prompt heilt. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Gonitis luetica, von F. FELS - Lemberg. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 49.) F. hatte Gelegenheit, bei einem 29jährigen Patienten eine seit neun Jahren bestehende Erkrankung des rechten Knies und Unterschenkels zu untersuchen und zu beobachten. Die Krankheit hatte mit einem Knoten an der Innenseite des rechten Knies begonnen; die Schwellung dehnte sich langsam auf das ganze Knie aus, ohne dafs in den ersten vier Jahren besondere Schmerzen beim Gehen aufgetreten wären. Nach dieser Zeit griff die Schwellung auf die Wade über, auch begannen sich Schmerzen nach dem Gehen einzustellen. Patient wurde mehrfach untersucht, mit verschiedenen Eingriffen behandelt, auch eine Punktion, die erfolglos blieb, wurde vorgenommen. Auch Verfasser untersuchte den Patienten und kam zu der Diagnose eines tuberkulösen Prozesses mit einem Senkungsabscefs der Wade und tuberkulöser Fistel auf Grund folgenden Befundes: Rechtes Knie und Unterschenkel geschwollen. Tanzen der Patella; an der Innenseite des Knies eine Verdickung, die sich als fluktuierende Höhle präsentiert und deren Boden als verdickte Kapsel fühlbar ist. Die Haut über der Wade ist geschwollen, in der Tiefe ist ebenfalls eine Höhle wahrnehmbar, das Knie ist druckempfindlich. In der Mitte der Wade ist die Haut zweihellerstückgrofs verfärbt, in der Mitte dieser Stelle eine über linsengrofse Öffnung mit violetten, unterminierten und ausgefransten Rändern. Aus dieser Öffnung läfst sich durch Streichen längs der Wade eine dünne, serös-eitrige, mitunter blutig tingierte Flüssigkeit entleeren, die weifsliche Flocken enthält. Da auch nach Mitteilung des Vaters des Patienten die Mutter desselben lange Zeit vorher wegen eines schweren Knochenleidens mit einer Salbe eingerieben worden war, nach deren Gebrauch ihr Zunge und Mund anschwollen, so dafs ihr der Speichel flofs und sie im Bett bleiben mufste, während der Vater an den Lippen verdächtige, weifse, plattenförmige Verdickungen zeigte, die nach Verbrauch von 30,0 Jodkalium vollständig verschwanden, so wurden nunmehr bei dem Patienten täglich 3,0 Ungt. ciner. eingerieben, die kranke Wade und das Knie mit Empl. Hg bedeckt. Nach Verbrauch von 105 Ungt. ciner. in sieben Touren und 30 g Jodkalium war die Schwellung zurückgegangen, die Fistel verheilt, Patient gesund. Es handelte sich also um einen Fall von Lues hereditaria tarda, die sich, wie zwei von JORDAN veröffentlichte Fälle beweisen, vorzugsweise im Kniegelenk lokalisiert. *Putzler-Danzig.*

Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane, von v. Düring-Kiel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 51.) Syphilitische Gefäſserkrankungen kommen in allen Stadien der Syphilis vor. Weitaus das gröſste Interesse beanspruchen die syphilitischen Arterienerkrankungen. Die Heubnersche obliterierende Endarteriitis berührt Verfasser in seiner Arbeit, einem auf dem V. internationalen Dermatologenkongreſs erstatteten Referat, nur kurz, da sie in ihren histologischen Einzelheiten und in ihren klinischen Folgeerscheinungen besonders für die Erkrankungen des Gehirns allgemein bekannt ist. Die Intimawucherung scheint dem Verfasser bei der Endarteriitis das Primäre zu sein, nicht die Erkrankung der Vasa vasorum, und die elastischen Membranen hält er für Neubildungen aus dem gewucherten Intimagewebe. Die Frage, ob das neugebildete Gewebe als spezifisch syphilitisches aufzufassen ist, läſst sich bestimmt wohl erst beantworten, wenn wir das Syphilisvirus kennen; für die syphilitische Natur spricht erstens, daſs ein ähnlicher Prozeſs bei keiner anderen Infektionskrankheit bekannt ist, und zweitens der Befund von Riesenzellen in dem obliterierenden Gewebe.

Dieser obliterierenden Form der Arteriitis steht die zu Aneurysmenbildungen führende Aortitis syphilitica gegenüber. Sie ist zuerst von Doehle beschrieben worden und wird heute von der Mehrzahl der Pathologen anerkannt. Ihr Sitz ist fast ausschlieſslich die Aorta thoracica, besonders der aufsteigende Teil. Die makroskopischen Kennzeichen sind: stellenweise Verdickung der Intima, dazwischen zahlreiche flache Gruben und scharf eingezogene Vertiefungen, an denen die Arterienwand durchscheinend verdünnt ist; die Intima der Umgebung dieser Grübchen ist faltig und gerunzelt. Die Intimaverdickungen sind nicht beetartig, sondern diffus und neigen zur Schrumpfung und Fältelung, sie können manchmal ganz fehlen. Schon aus dem makroskopischen Befund geht hervor, daſs das Wesentliche des Prozesses nicht in der Intima, sondern in Media und Adventitia liegen muſs. — Mikroskopisch finden sich in frischeren Fällen Entzündungsherde gröſserer Ausdehnung in der Adventitia und besonders in der Media. Die Infiltrate, in denen auch Riesenzellen angetroffen werden, verdrängen das Mediagewebe. In der Adventitia folgen die Entzündungserscheinungen den Nutritialgefäſsen; vielfach findet sich Neubildung von Gefäſsen. Die Intima ist normal oder sekundär verdickt. Die Infiltrate zerfallen entweder nekrotisch oder, und das ist das häufigere, sie wandeln sich in narbiges Bindegewebe um. So sieht man denn in älteren Fällen an Stelle der früheren Infiltrate Narben und Schrumpfung; die Gefäſswand besteht nur noch aus Bindegewebe; Muskelfasern und elastisches Gewebe sind zugrunde gegangen. Auſser durch bindegewebige Umwandlung oder zentrale Nekrose der Infiltrate kann der Untergang der Media noch auf einem dritten Wege erfolgen, durch Nekrose ohne primäre Entzündung, und zwar in der Weise, daſs durch ausgedehnte Infiltrate in der Adventitia zur Media führende Gefäſse verschlossen werden. — Regressive Metamorphosen, fettiger Zerfall, Verkalkung, Bildung atheromatöser Geschwüre kommen in Fällen reiner Aortitis nicht vor; wo sie vorkommen, bedeuten sie Kombination mit Endarteriitis chronica deformans. Diese beiden Prozesse sind streng voneinander zu trennen; die Aortitis ist eine Mediaerkrankung, die Endarteriitis eine Intimaerkrankung. Das Zusammenwerfen dieser beiden grundverschiedenen Prozesse ist, wie Verfasser nachweist, die Ursache gewesen, daſs die von den Klinikern schon längst behauptete syphilitische Ätiologie des Aneurysma von den pathologischen Anatomen nicht anerkannt wurde. Bei der Häufigkeit der Endaortitis im höheren Lebensalter ist es nicht weiter verwunderlich, daſs man bei älteren Leuten nicht selten syphilitische Aortitis und Endarteriitis chronica deformans nebeneinander sieht. Aber ätiologisch haben die beiden Affektionen nicht das mindeste miteinander gemein, und ihre Bedeutung für das Zustandekommen der Aneurysmen ist eine durchaus verschiedene. Endarteriitis führt nicht zur Entstehung von Aneurysmen, schon aus

mechanischen Gründen; es kommt eher zur Ruptur, zum Haematom, zum Aneurysma dissecans als zum typischen chronischen Aneurysma. Die meisten Aneurysmen entwickeln sich vor dem 50. Lebensjahre, aber nicht erst wie die Endarteriitis im höheren Lebensalter, und arteriosklerotische Prozesse sind bei Patienten mit Aneurysmen keineswegs häufig. Demgegenüber ist es sicher, daſs die Aortitis syphilitica zur Aneurysmabildung führen kann. Die makroskopisch sichtbaren Vertiefungen und Ausbuchtungen sind nichts anderes als Aneurysmen in der Anlage. Die bindegewebig-narbigen Stellen der Aortenwand werden einem fortgesetzten Blutdruck nicht denselben Widerstand entgegensetzen können wie eine mit musculo-elastischer Media versehene Aorta und werden leicht ausgeweitet.

Die Wichtigkeit der Aortitis syphilitica tritt auch in ihren Folgen für die Veränderungen am Herzen hervor Primäre syphilitische Erkrankungen des Herzens, Muskelgummata, sind seltene und meist zufällige Befunde; ihre Diagnose am Krankenbett wird selten möglich sein. Deutlichere Symptome macht die etwas häufigere interstitielle syphilitische Myocarditis. Sie ist meist eine Folge syphilitischer Aortitis und der durch diese bedingten Miterkrankung der Coronararterien. Eben diese Erkrankung der Coronararterien mit ihren bekannten, oft verhängnisvollen Folgeerscheinungen sind auf Rechnung der Aortitis syphilitica zu setzen. Rechtzeitige Diagnose und zweckentsprechende Therapie sind deshalb von gröſster Bedeutung.

Die günstigen Erfolge antiluetischer Therapie bei vielen Erkrankungen des Gefäſsapparates bringen den letzten Beweis für die syphilitische Natur dieser Erkrankungen. Natürlich ist die Wirksamkeit der Therapie eine begrenzte, aber auch in vorgerückten Fällen mit schwereren sekundären Veränderungen wird man durch eine anhaltende und konsequent durchgeführte antiluetische Behandlung noch bedeutende Besserungen erreichen, das Fortschreiten des Krankheitsprozesses hemmen oder doch verlangsamen können.

Aortitis syphilitica erscheint dem Verfasser als die einzig geeignete Bezeichnung für die Doehlesche Form der Arterienerkrankung; der Name syphilitische Aortensklerose trifft nicht zu, die Bezeichnung Mesaortitis productiva und Aortitis fibrosa kennzeichnen den Prozeſs nicht genügend. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Beitrag zur Syphilis des Herzens, von K. Linneborn. (Inaug.-Dissert. München 1902.) Kasuistik. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Endarteriitis (!) syphilitica an der unteren Extremität, von Viktor Hannes. (Inaug.-Dissert. Straſsburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Die Arteriosklerose und Syphilis in ihrem Verhältnis zur Entstehung des Aortenaneurysmas, von Otto Briesemeister. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Das Aortenaneurysma steht in ursächlichem Zusammenhang mit der Arteriosklerose. Die schwielige Form der Arteriosklerose mit starker Beteiligung der Media findet sich oft bei Syphilis und ist nicht selten kombiniert mit Dementia paralytica. Eine spezifische, durch Lues bedingte Erkrankung der Aorta, die zur Aneurysmenbildung führt, ist nicht nachweisbar, doch begünstigt die schwielige Form der Arteriosklerose die Entstehung der Aneurysmen ganz besonders, auch schon bei jüngeren Individuen.
Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Lehre vom Aneurysma der Bauchaorta, von Arthur Bornstein. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Im ausführlich beschriebenen Fall ergaben Anamnese und Obduktionsbefund eine überstandene Syphilis. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Aneurysma aortae auf luetischer Basis, von Karl Krämer. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von einem luetischen Aortenaneurysma, von Joseph Wiesmüller. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Statistik der syphilitischen Augenerkrankungen, von Willy Stammwitz. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Verfasser berichtet, seine wichtigsten Ergebnisse zusammenfassend, zum Schluſs folgendes: 1. Die syphilitischen Augenleiden machen $1^{1}/_{2}$—2% aller Augenerkrankungen aus. 2. Sie sind vorwiegend einseitig. 3. Sie treten vorzugsweise beim männlichen Geschlecht auf. 4. Sie sind am häufigsten im mittleren Lebensalter. 5. Die einzelnen Augenabschnitte ordnen sich nach der Häufigkeit ihrer Erkrankung infolge von Syphilis so an: Iris und Ciliarkörper, Chorioidea, Musculi, Nervus opticus, Cornea, Retina, Palpebrae, Organa lacrimalia, Sclera, Conjunctiva, Orbita. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium des Einflusses der akquirierten Syphilis auf die Ätiologie der Keratitis parenchymatosa, von F. Delsaut. (*Thèse de Lille.* 1904.) Akquirierte Syphilis ist eine der Ursachen der Keratitis parenchymatosa, die auch tuberkulösen und kachektischen Ursprunges sein kann. Es scheint keine ausgesprochenen verschiedenen Merkmale zwischen der auf syphilitischer oder sonstiger Grundlage entstandenen Keratitis parenchymatosa zu geben. *Fritz Loeb-München.*

Zur Ätiologie der Sehnervenatrophie, von B. Ispolatowsky. (Inaug.Dissert. Berlin 1903.) Syphilis des Gehirns kann unter Umständen die Sehnervenatrophie bedingen. Den Zusammenhang zwischen Gehirnsyphilis und Augenerkrankungen hat Uhthoff ausführlich studiert. Unter 167 von ihm beobachteten Fällen von Gehirnlues fand er 101 mal Affektionen des Sehnerven, und zwar bei 12% hiervon neuritische Atrophie, bei 14% einfache Atrophie. Aus der Literatur stellt Uhthoff eine Statistik von 150 Fällen zusammen, von denen neun Fälle neuritische Atrophie, fünf Fälle Atrophia optici, sechs Fälle gummöse Degeneration nervi optici und drei Fälle Chiasmaerkrankungen betrafen. Was die Lokalisation des syphilitischen Prozesses im Gehirn betrifft, so fand Uhthoff basale Hirnlues zwölfmal, gummöse Tumoren neunmal, Erweichung und Gefäſserkrankung dreimal, Erkrankung der Schädelknochen viermal und Lues cerebrospinalis dreimal. In zwei von Siemmerling beschriebenen Fällen waren Gummata im linken Linsenkern, im Thalamus opticus und im linken Schläfenlappen vorhanden. Rochon Duvigeand fand syphilitische Periostitis des Sehnervenkanals, auf welche die Atrophia optici zurückzuführen war. *Fritz Loeb-München.*

Alkohol und Syphilis in ihrer Beziehung zur progressiven Paralyse, von Otto Grote. (Inaug.-Dissert. Rostock 1903.) Bei 319 Paralytikern, die während der letzten 30 Jahre in den Anstalten Sachsenberg und Gehlsheim behandelt wurden, war bei 86% Syphilis oder Alkoholismus chronicus vorhergegangen. Die Krankheit äuſserte sich bei 37 Kranken in der klassischen und bei 177 in der dementen Form. Verfasser ist zu der Überzeugung gekommen, daſs Alkohol und Syphilis die wichtigsten Faktoren in der Ätiologie der Paralyse sind, daſs sie sowohl prädisponierend wie auslösend wirken. *Fritz Loeb-München.*

Über die hereditär-syphilitische Pseudoparalyse oder Parrotsche Krankheit, von Gaucher-Paris. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 52.) Die Krankheit, welche auch unter dem Namen der juxta-epiphysären Ablösung bekannt ist, gehört nicht zu den parasyphilitischen Läsionen, auch nicht zu den tertiären, sondern zu den sekundären hereditär-syphilitischen Erkrankungen. Sie kommt bei Neugeborenen in den ersten drei Lebensmonaten vor und setzt ohne Vorläufer, ohne Fieber und ohne Konvulsionen ein. Meistens sind auch noch andere hereditär-syphilitische Symptome an der Haut und an den Schleimhäuten vorhanden, zuweilen tritt jedoch jene Pseudoparalyse als einzige Erscheinung der hereditären Syphilis auf. Es handelt sich bei dieser Krankheit um eine Funktionsunfähigkeit eines oder mehrerer, ja selbst aller Glieder, die nicht auf nervösen und Muskelerkrankungen, sondern auf syphilitischen Knochenveränderungen beruhen. Beim Anheben eines kranken Kindes an den

Achseln hängen die Extremitäten schlaff „wie die Glockenklöppel" herunter und sehen wie disloziert aus. Kneift man das Kind, so merkt man wohl Muskelkontraktionen, aber keine Bewegungen der Glieder. Die Palpation der betreffenden Gelenke ist entschieden sehr schmerzhaft und man fühlt dabei Krepitation und sehr oft schmerzhafte Schwellung, ja sogar zuweilen deutliche Fluktuation, letztere in denjenigen Fällen, in welchen die Krankheit durch einen ostitischen oder osteomyelitischen Prozefs kompliziert ist. Letzterer ist jedoch nicht auf die bestehende hereditäre Syphilis, sondern auf eine sekundäre Infektion mit Eitererregern zu beziehen. Die pathologischen Veränderungen findet man ausschliefslich an den langen und gröfseren Röhrenknochen und bestehen in einer Epiphysenlösung oder in einer juxta-epiphysären Ostitis, d. h. nicht genau an der Vereinigungsstelle der Epiphyse mit der Diaphyse, sondern im spongiösen Gewebe, ziemlich nahe dem Diaphysenende. Die Prognose ist um so besser, je weniger kompliziert der Fall ist und je eher es gelingt, das Kind unter günstige hygienische Bedingungen zu bringen und einer spezifischen Behandlung zu unterziehen. Wichtig ist dabei, dafs das Kind von seiner Mutter gestillt wird, da künstlich genährte Kinder fast immer dem Tode verfallen sind. Bei der Differentialdiagnose kommen in Betracht: die Kinderlähmung medullären Ursprungs, die spontanen Diaphysenfrakturen, die cerebralen Lähmungen und die Geburtslähmungen. Die einzelnen Momente werden näher erörtert. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Über einen Fall eines Gehirngummas von ungewöhnlicher Gröfse, von Wilhelm Köster. (Inaug.-Dissert. München 1903.) *Fritz Loeb-München.*

Studie über die Prophylaxe der Syphilis, von Gaston Bonnet. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 123.) Gute Übersicht über das Titelthema, ohne wesentliche neue Tatsachen. *Fritz Loeb-München.*

Grundsätze der Syphilisbehandlung, von E. v. Düring-Kiel. (*Die med. Woche.* 1905. VI. Nr. 8.) Mit Recht betont v. D. eingangs den grofsen Wert des Quecksilbers und des Jod und macht Front gegen deren Gegner, doch warnt er vor der Überanwendung und Überschätzung des Merkur, die geeignet ist, dasselbe in den Augen der nicht urteilsfähigen Leute vollständig in Verruf zu bringen. Sie wird nach v. D.s Ansicht auch von den Anhängern der chronisch intermittierenden Methode vielfach in direkt kritikloser, schädigender Weise angewandt. Es ist ein grofser Unterschied zwischen einer im Bedarfsfalle sich von selbst ergebenden Methode und zwischen einer Erhebung derselben zum Gesetz, das für alle Fälle gültig ist, besonders, wenn dieses Gesetz sich stützen mufs auf theoretische Ansichten über das Wesen der Lues, die wir nicht beweisen können. Die Befolgung der chronisch intermittierenden Methode bei innerer Darreichung von Quecksilber hält Verfasser für unheilvoll, wie er im Orient zu beobachten oft Gelegenheit hatte; die Erfolge dieser Fournierschen Methode mit Ricordschen Pillen waren trostlos, ergaben schwere Anämien, Neurasthenien und sonstige sehr schwere Erscheinungen in Menge, wie v. D. überhaupt dort viele Erscheinungen von Quecksilbermifsbrauch sah, so dafs er die Fourniersche Methode bald ganz aufgab. Seiner Ansicht nach kommen wir meist mit weniger Quecksilber aus und mit weniger Kuren, als die Fournier-Neissersche Methode anwendet. Enthaltung von Alkohol, ruhige, hygienische Lebensweise sind so wichtige Faktoren, dafs in manchen Fällen die hartnäckigen Rückfälle und dauernden Erscheinungen viel mehr auf die Lebensweise als auf die Syphilis zu schieben und mit Merkur schwer oder gar nicht zu beeinflussen sind. Im Spätstadium kommt man meist mit Jodkalium allein aus, die Merkurbehandlung der Tabiker oder Tabesverdächtigen oder aller Organerkrankungen, bei denen vielleicht Lues in der Anamnese eine Rolle spielt, ist unbedingt zu verwerfen. Im allgemeinen beginnt v. D. die Behandlung erst nach Erscheinen des Exanthems, und zwar bei ambulanter

Digitized by Google

Praxis mit Injektionen von 10 % Hyd. salycil., wöchentlich zweimal etwa 12—14 Injektionen im Durchschnitt, bei Alkoholabstinenz der Patienten, ruhigem Leben. Bei häufigen hartnäckigen Rezidiven wendet er viel lokale Therapie an. Wenn Kuren oft nötig sind und die Wirkung des Merkurs ungenügend ist, so folgt eine Zittmann-Kur; warme Bäder sind stets ratsam. Bei Spätformen benutzt Verfasser 3—6 g KJ täglich und daneben oft Zittmann. Den Entlassenen werden natürlich genaue Anweisungen gegeben. Auf alle Fälle wird vier Monate nach der ersten Kur eine zweite angewendet, worin Verfasser seinen Gegensatz zu der rein symptomatischen Behandlung bekennt. Die Zahl der Injektionen bei der Wiederholungskur, besonders wenn keine äufserlich sichtbaren Symptome vorhanden sind, richten sich nach den bei der ersten Behandlung gemachten Erfahrungen, selten werden mehr als acht Einspritzungen gemacht. Ebenso wird bei späteren Kuren verfahren; es kommen demgemäfs auf das erste Jahr der Syphilis zwei bis drei Kuren, im zweiten Jahre werden zwei gemacht und dann oft keine mehr. (Das deckt sich mit der Ansicht einer grofsen Zahl der Anhänger der „chronisch intermittierenden" Methode eigentlich. Der Referent.) Jodkalium läfst Verfasser in der Zwischenzeit in kleinen Dosen nehmen. Wenn möglich, müssen die Patienten im ersten und im zweiten Jahre nach einer Kur einen gröfseren Urlaub im Gebirge, an der See oder in einem Badeorte durchmachen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur ambulatorischen Behandlung der sekundären Syphilis durch Welandersche Überstreichungen, von Maximilian Bernstin-B. Krupa. (*Wien. med. Presse.* 1904. Nr. 50.) B. empfiehlt die Welanderschen Hg-Überstreichungen, weil dieselben einerseits leicht und angenehm auszuführen sind und nur selten ein Ekzem zur Folge haben, anderseits bei diesen Überstreichungen Hg in genügender Menge teils durch die Haut resorbiert, teils durch die Lunge eingeatmet wird. Er läfst die Überstreichungen abends vor dem Schlafengehen in Mengen von 6,0 bei Erwachsenen, 4,0 bei Jünglingen, 2,0 bei Säuglingen mit dem Spatel vornehmen und die Applikationsstelle täglich wechseln in folgender Weise:

Am 1. Tag: Beide Waden,
„ 2. „ Innen- und Aufsenfläche beider Oberschenkel,
„ 3. „ Seitenteile von Brust und Bauch,
„ 4. „ beide Arme,
„ 5. „ beide Vorderarme,
„ 6. „ den Rücken,
„ 7. „ Bad. *Putzler-Danzig.*

Beitrag zur Injektionstherapie der Syphilis, von Schnabel-Magdeburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 51.) Das von Thimm in den Arzneischatz eingeführte Vasenolum liquidum als Suspendierungsmittel für Hydrargyrum salicylicum hat nach den Erfahrungen des Verfassers vor den Paraffinemulsionen den Vorzug, dafs es nie gastro-enteritische Störungen verursacht, auch nicht bei den Patienten, die auf jede Paraffininjektion unfehlbar solche Störungen bekommen. Verfasser nimmt an, dafs dieser Vorteil auf der langsameren Resorption der zähen Vasenolmasse beruht. Da aber auf die Vasenolinjektionen viel regelmäfsiger und viel länger andauernde schmerzhafte Infiltrate folgen und es aufserdem sehr schwer ist, zufällig mit in die Spritze hineingezogene Luftteilchen aus der zähen Masse wieder herauszubringen, so verwendet Verfasser das Vasenol als Ersatzmittel für Paraffin nur in den Fällen, in denen nach Paraffininjektionen Erscheinungen von Enteritis auftreten.

A. Loewald-Kolmar.

Die verschiedenen Methoden der Quecksilberdarreichung bei den Kindern. — Die guten Wirkungen des „grauen Pulvers" (Hydrargyrum cum creta) bei der hereditären Syphilis, von Variot. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 8.) Nach einer kurzen Besprechung der Nachteile, die den zurzeit gebräuchlichen Methoden der Quecksilberbehandlung hereditär-syphilitischer Säuglinge anhaften, weist V. auf das Hydrargyrum cum creta (gray powder) hin, das in England fast ausschliefslich zur Behandlung der hereditären Syphilis verwendet wird, in Frankreich aber fast vergessen ist. Das Präparat, das sehr sorgfältig hergestellt werden mufs, enthält 33 % reguliniscbes Quecksilber und wird in England Neugeborenen und ganz jungen Kindern in einer Dosis von 0,03—0,06 pro die in der Milch gegeben. V. hat in verschiedenen Fällen Kindern bis zu sechs Monaten 0,015—0,03, Kindern bis zu einem Jahre 0,05—0,06 graues Pulver verabreicht; er läfst der Einzeldosis, um ihr Gewicht zu vergröfsern, etwas Milchzucker zusetzen. Nach 14tägigem Gebrauch des Mittels wird acht Tage lang pausiert. Die Erfahrungen, die V. damit machte, sind vorzüglich: Die Kinder vertragen das Medikament ausgezeichnet und gedeihen dabei prächtig, die syphilitischen Erscheinungen gehen sehr rasch zurück.

Götz-München.

Die Nachbehandlung der Syphilis, von Iwan Bloch-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 4.) Verfasser verwirft die chronisch-intermittierende Quecksilberbehandlung, da zu schnell wiederholte Kuren eine gefährliche akkumulative Wirkung des Giftes herbeiführen könnten. Er legt ein grofses Gewicht auf eine sehr sorgfältige Nachbehandlung, die auf die erste Quecksilberkur zu folgen hat, und empfiehlt zu diesem Zwecke Kal. jod., Gebrauch von Schwefelquellen und Arsenik. Erst wenn es durch Monate hindurch nicht gelungen ist, lokale Rezidive durch lokale Merkurapplikation zu beseitigen, sollte man sich zu einer Wiederholung der allgemeinen Hg-Kur entschliefsen.

Als weitere wichtige Aufgabe zur Nachbehandlung der Syphilis wäre die Hebung der Ernährung und die ständige Anregung des Stoffwechsels ins Auge zu fassen.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über die intensive Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Quecksilberjodid, von Ch. Lafourcade. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 125.) Verfasser redet den Injektionen von Quecksilberjodidlösungen das Wort; sie sollen schon möglichst frühzeitig begonnen werden und sind dann imstande, schnelle Heilung herbeizuführen. Verfasser zieht wässerige Lösungen vor. *Fritz Loeb-München.*

Quecksilberjodid-Jodkaliumlösung bei Syphilis, von F. Penzoldt-Erlangen. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 1.) Das alte Ricordsche Jod-Quecksilberrezept ist seit Gibert, Channing und A. v. Graefe mehr und mehr in Vergessenheit geraten, leider! — sagt Penzoldt, denn diese Medikation ist einfach, meist harmlos und namentlich bei den schweren Formen der Spätlues mit organischen und nervösen Erscheinungen der blofsen Jodkaliumlösung überlegen.

Ricord löste das Quecksilberjodid und Jodkalium in Sarsaparillendecoct, aber Penzoldt hält den einfachen Wasserzusatz für zuträglicher und stellt folgende Modifikation des Rezeptes auf:

℞	*Hydrargyr. bijodati*	0,2
	Kal. jodati	10,0
	Aqu. dest.	300,0

M. D. S. dreimal täglich 1 Efsl.

Um die nötige Verdünnung des unter Umständen die Magenschleimhaut reizenden Medikaments zu erproben, mufs man dasselbe während des Essens nehmen lassen. Die Behandlung wurde acht bis zehn Wochen fortgesetzt, bisweilen nach

Digitized by Google

einer Pause von einem bis mehreren Monaten wiederholt. Bisweilen kann man auch zwischendrein Jodkalium allein geben, und im Anfang, namentlich in der Privatpraxis, tut man gut, mit einer kleineren Quecksilberjodiddosis (0,1 : 300,0) anzufangen und erst nach und nach zu größeren Gaben überzugehen.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Mehrere Fälle von Ichthyosis palmaris et plantaris (Keratoma palmare et plantare hereditarium), von August Schueller. (Inaug.-Dissert. Straßburg 1903.) Lesenswerte kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa universalis, von Alfred Weise. (Inaug.-Dissert. Halle 1904.) Die differentialdiagnostischen Erörterungen sind lesenswert; sie eignen sich nicht zu kurzem Referat. *Fritz Loeb-München.*

Fortschritte in der Ekzembehandlung, von Kromayer-Berlin. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.) Die Hebrasche Ekzembehandlung (Hebra-Salbe, Teer, Schwefel und grüne Seife) bildet noch immer die Grundlage für die Fortschritte auf diesem Gebiete. Für die Therapie des Ekzems kann man drei Grundprinzipien aufstellen: 1. Ruhigstellung der entzündeten Haut, wie sie sich bei den akuten Ekzemen als notwendig erweist. Hier hatte Hebra Wasserumschläge, Salbenverbände und Einpuderungen empfohlen. Die moderne Pastenbehandlung, wie sie von Lassar inauguriert wurde, bedeutet hier einen wesentlichen Fortschritt. 2. Beseitigung der chronisch-entzündlichen Prozesse (entzündlichen Infiltrate). Hier kann man zwei ganz verschiedene Zustände unterscheiden, die eine wesentlich verschiedene Behandlung erfordern: a) das akute Ekzem, das längere Zeit bestanden und durch häufige Rezidive eine chronisch-entzündliche Infiltration der Haut hervorgerufen hat, durch welche die Haut verdickt, rot und geschwollen erscheint. Hier ist die Teerbehandlung am Platze, besonders die mit dem farblosen Anthrasol, welches Kr. als das bei weitem beste Teerpräparat und als eine wahre Bereicherung unseres Arzneischatzes bezeichnet; b) das eigentlich chronische Ekzem, das von Anfang an in roten, schuppenden Papeln auftritt und das als seborrhoisches, psoriatisches oder parasitäres Ekzem bezeichnet wird. Der von Hebra für diese Gruppe von Ekzemen empfohlene Schwefel wird noch bei der Seborrhoe, Pityriasis und Akne angewandt. Ichthyol, Thiol und Thigenol, welche Schwefelwirkung zeigen, bedeuten gegenüber dem Schwefel keinen Fortschritt. Sonst ist der Schwefel in neuerer Zeit durch die Pyrogallussäure, das Chrysarobin und das stark wirkende Eugallol verdrängt.

3. Vernichtung der Gewebsveränderungen, die weder durch Ruhigstellung der Haut, noch durch die reduzierenden Mittel zur Norm zurückkehren (chronische Ekzeme, die sich hartnäckig mit akuten, entzündlichen Nachschüben komplizieren). Diese hartnäckigen Ekzeme wurden von Hebra mit 30%iger Kalilauge und Seifenwaschungen behandelt, wodurch eine Zerstörung des am meisten veränderten und entzündeten Gewebes herbeigeführt wurde. Diese Behandlungsmethode bedarf jedoch einer genauen Indikationsstellung und kann in der Hand eines Ungeübten mehr Schaden als Nutzen stiften. Hier ist nun das in neuerer Zeit hergestellte Lenigallol, eine chemische Verbindung von Essigsäure und Pyrogallussäure, von unschätzbarem Wert. Die Ätzwirkung geschieht langsam, reizlos und diskret; daher kann das Präparat bei allen Ekzemen, mit Ausnahme der akuten Reizekzeme, mit bestem Erfolge

Digitized by Google

angewendet werden. Die Applikation geschieht am besten als 10%ige Lenigallol-Zinkpaste. Zuweilen empfiehlt es sich, Lenigallol mit Anthrasol zu vereinigen (Lenigallol, Anthrasol ≡ 10,0, Pasta Zinci ad 100,0). Ein bestimmtes Schema läfst sich jedoch bekanntlich für die Ekzembehandlung nicht aufstellen, sie mufs sich nach dem jeweiligen Status des Ekzems richten und nötigenfalls häufig wechseln. Kr. teilt am Schlusse einen hartnäckigen Ekzemfall mit, der deutlich illustriert, wie schwierig die Behandlung zuweilen ist und wie häufig sie wechseln mufs, um einen vollen Erfolg zu erzielen. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Ein hartnäckiger Fall von Gichtekzem, von E. Foucault-Paris. (*St. Louis med. and. surg. Journ.* Sept. 1904.) Der 49jährige Patient litt seit 26 Jahren d. i. seit seinem 23. Lebensjahre, an einem mit heftigem Jucken einhergehenden Ausschlage, der besonders an Brust und Armen zahlreiche Narben hinterlassen hatte; daneben litt er (seit wie lange, ist nicht angeführt. Ref.) an heftigen Gichtanfällen. Gegen die letzteren wurde Colchicum (in Kapseln) mit Erfolg verordnet, gegen die Hautaffektion, die mit allen möglichen Mitteln schon früher behandelt worden war, liefs F. einfache Waschungen mit Na-bicarbon.-Lösung machen und auf die durch das Kratzen verursachten offenen Stellen Zinksalbe auflegen. Der Erfolg war ein überraschender, indem nach acht Tagen der unerträgliche Reizzustand der Haut verschwunden war und blieb; die Haut des Patienten ist nun (nach acht Monaten) völlig frei von Urticaria oder Röte, aber er hatte in der Zwischenzeit noch zwei leichte Gichtanfälle, welche nicht lange währten. Die Colchicumverordnung wurde stets fortgesetzt (einen Tag jede Woche mit vier Kapseln). *Stern-München.*

Beitrag zum Studium des Dentitionsekzems, von H. Dozoul. (*Thèse de Montpellier.* 1904. Nr. 34.) Bedingung für das Auftreten dieses Dentitionsekzems ist eine Disposition des Kindes, welche Verfasser als „Plethora lymphatica“ bezeichnet. Metastasen treten nicht auf. *Fritz Loeb-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis, von Paul Burgener. Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Bern: Prof Jadassohn. (Inaug.-Dissert. Bern 1903.) Wertvolle, zu kurzem Referate nicht geeignete Arbeit. Verfasser bespricht in verschiedenen Kapiteln: 1. Psoriasis und Leukoplacie, 2. Psoriasis der Nägel, 3. Psoriasis palmaris et plantaris, 4. Psoriasis und Diabetes resp. Glykosurie, 5. Psoriasis und Arthritis und führt eine Reihe von Krankengeschichten an. *Fritz Loeb-München.*

Neuer urologischer Beitrag zur Pathogenese der Psoriasis, von Verrotti. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1904. Nr. 21 u. 22.) Der Verfasser hat regelmäfsig eine Zunahme der Acidität des Blutes und des Urins während der aktiven Phase der Affektion konstatiert. Während der spontanen Regression des psoriatischen Prozesses nimmt diese Acidität progressiv ab. In Anbetracht der bestehenden Insuffizienz der Nieren während der aktiven Periode hat die Therapie folgende Postulate zu erfüllen: lokal: Entfernung der Schuppen, Beseitigung der Spannung und Trockenheit der Haut, Regulierung deren Zirkulation; allgemein: Alkalinisierung des Blutes, Erhöhung der Funktionsfähigkeit der anderen Emunktorien, besonders der Nieren.
C. Müller-Genf.

Die seborrhoische Psoriasis, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 8.) Kurze Mitteilung über einen Fall von Psoriasis, die von starker Pityriasis der behaarten Kopfhaut begleitet war. Derartige Fälle bilden eine besondere Art von Psoriasis; sie sind gutartiger als die gewöhnliche Psoriasis und bessern sich rascher, aufserdem treten bei ihnen niemals Arthropathien auf. Die Behandlung besteht in Beseitigung der Schuppen durch 5%iges Salicylvaselin und nachheriger Applikation reduzierender Substanzen, wie Ol. cadin., Acid. chrysophanic. *Götz-München.*

Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris, von ALB. KAUFMANN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Die Arbeit behandelt ein reiches kasuistisches Material. Auf den ersten 22 Seiten bespricht der Verfasser die Lokalisation, dann das umstrittene Gebiet der Ätiologie, die hereditären Verhältnisse, den Einfluſs der Jahreszeit, die Kombinationen der Psoriasis mit anderen Hautkrankheiten (Herpes zoster, universelles Ekzem, Syphilis), Kombination mit Gelenkrheumatismus, mit Erscheinungen von seiten des Nervensystems, mit Alkoholismus, Tuberkulose, mit chirurgischen Krankheiten, und berichtet zum Schlusse über das Leukoderma psoriaticum, welches bei seinen Fällen zur Beobachtung kam. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris, von HEINRICH ASSMANN. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Kasuistik des Pemphigus, von WILHELM KNABE. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903. 31 S.) Verfasser konstatiert, daſs in der Therapie des Pemphigus die Arsentherapie am meisten Vertrauen genieſst; auch in seinem Falle hat dieselbe augenscheinlich einen wesentlichen Einfluſs auf die Krankheit gehabt. Jede der drei Arsenkuren hatte eine beträchtliche Zunahme des Körpergewichtes zur Folge.
Fritz Loeb-München.

Über Vioformanwendung bei Pemphigus, von ALFRED ALEXANDER - Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 3.) Wenn für den Pemphigus auch jetzt noch verschiedene Formen beibehalten werden, so muſs man sich doch einstweilen nur an die symptomatische Behandlung halten und vor allem darauf sehen, dem Kräfteverfall durch Säfteverlust entgegenzuwirken. Ob man dies gerade durch Dauerbäder (HEBRA) erreichen kann, ist schlieſslich zweifelhaft. Am meisten kommt die JARISCHsche Methode, d. i. die austrocknende Methode nach den neueren Gesichtspunkten, in Betracht. Denn der Pemphigus hat als Nervenkrankheit (HUTCHINSON) zu gelten und die Todesursache bilden die Erschöpfung und der Shok, und zwar nach ROSENTHAL: 1. Erschöpfung durch Serumsverlust durch die Haut und mangelhafte Nahrungsaufnahme, 2. Nervenshok von seiten der von Epidermis entblöſsten Haut und 3. Herzlähmung aus demselben Grunde.

Darum wird zunächst auch heute die von HUTCHINSON empfohlene Solutio arsenicosa Fowleri angewandt, und zwar gab auch A. dieselbe nach folgendem Rezepte:

℞ *Solut. arsen. Fowleri*
Tct. aromat. āā 15,0
D. S. dreimal täglich von 5 Tropfen an steigend bis 25 Tropfen.

Bei groſsen Epidermisverlusten benutzte A. zur Deckung Mullverbände mit Lanolin, Olivenöl und 6% Wismut und 3—4% Vioform (Jodchloryoxychinolin aus der Basler Chemischen Fabrik). Später aber nahm A. die Konsistenz der Salbe steifer und den Vioformzusatz stärker, d. i. 6%ig, und zwar nach folgendem Rezepte:

℞ *Vioformii* 6,0
Bismuthi subnitrici 9,0
Lanolini
Vaselini āā ad 100,0.

Diese Salbe eignete sich übrigens auch bei tiefgehenden Dekubitalgeschwüren und bei Mal perforant einer diabetischen und tabischen Patientin, sowie bei gangräneszierenden und einfachen Brandwunden.

Gegen das starke Hautjucken, das mit Zinkamylum nicht zu bekämpfen war, wirkte Vioform und Amylum in der Zusammensetzung 3,0 : 150,0 als Streupulver sehr gut. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Zur Röntgenbehandlung der Sykosis non parasitaria, von GEORG SCHNELLE. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Verfasser kommt zu dem Schlusse, daſs die Röntgen-

therapie der Sykosis non parasitaria die Empfehlung, die ihr geworden ist, vollauf verdient und besonders in den Fällen, in denen andere Mittel versagen, niemals unangewendet gelassen werden sollte. Vielleicht wird von weiteren Beobachtungen und Erfahrungen auch noch eine höhere Vervollkommnung der Methoden erwartet werden dürfen. *Fritz Loeb-München.*

Die Impetigo, Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 44.) Aufzählung einiger von französischen Autoren zur Behandlung der Impetigo empfohlenen Medikamente. Galloïs, Flourens und Walter wenden mit sehr gutem Erfolge bei Impetigo wie bei anderen Hauteiterungen (Furunkeln, Milzbrand, multiplen Abscessen, Panaritien, Brandwunden, Ekthyma) 10%iges Borglycerin an; sie giefsen davon auf feuchte Watte und bedecken damit die kranken Stellen, darüber kommt trockene Watte, die mit einer Binde befestigt wird. Der Verband wird täglich oder, wenn die Eiterung gering ist, jeden zweiten Tag gewechselt. Ist die Affektion sehr ausgebreitet, dann sollen die kranken Partien nicht alle auf einmal, sondern nacheinander behandelt werden; denn es sind mehrfach plötzliche Todesfälle vorgekommen, wenn die impetiginöse Erkrankung eines grofsen Hautbezirkes rascher Besserung oder Heilung zugeführt wurde. *Götz-München.*

Eine chemische Reaktion auf Tinea versicolor, von H. Woods-London. (*Brit. Med. Journ.* 31. Dez. 1904.) Man löse ein wenig Plumbum aceticum in Wasser auf und setze zu der Lösung etwas Flores sulphuris hinzu. Wenn man hiermit die betreffenden Hautstellen betupft, werden binnen 24 Stunden die von Tinea befallenen Gebiete schwarz erscheinen, während die gesunde Haut unverändert bleibt. Die Mischung wirkt zugleich therapeutisch. Man verwendet sie bekanntlich auch zum Färben der Haare. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Cutis.*

Blastomykosis des Augenlides, von William H. Wilder-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 31. Dez. 1904.) Die Beteiligung der Augenlider ist bei den im Gesicht lokalisierten Fällen von Blastomykose nichts Seltenes. In dem vom Verfasser mitgeteilten Falle hatte die Krankheit über dem rechten Auge an der Stirn begonnen und bei ihrer Ausbreitung über den oberen Teil der rechten Gesichtshälfte das obere Lid mitergriffen. Auf die Bindehaut und das Auge selbst dehnte sich der blastomykotische Prozefs nicht aus; aber es bildete sich ein schweres Ektropion aus, die Konjunktiva wurde ödematös, bei dem mangelhaften Verschlufs des Auges kam es zur Ulceration an der Kornea und zu einem Hypopyon der vorderen Kammer. Die durch das Hornhautgeschwür für das Auge drohende Gefahr wurde durch eine das Ektropion beseitigende plastische Operation gehoben. Schrumpfung des transplantierten Lappens machte später noch wiederholte plastische Eingriffe notwendig. Die Blastomykose wurde durch Röntgenstrahlen und grofse Dosen von Jodkalium mit Erfolg behandelt. *A. Loewald-Kolmar.*

In der Medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (*Allgem. med. Centralztg.* 1904. Nr. 52) stellt Harttung einige Fälle einer **seltenen Hauterkrankung** vor. Es handelt sich um Tumoren, die teils plattenförmig, teils halbkugelig, teils kugelig an den Extremitäten auftreten; sind fest mit der Oberhaut verlötet, liegen in der Subcutis, sind zum Teil locker, zum Teil schwerer verschieblich, sie liegen der Fascie auf und sind leicht von ihr zu trennen. Auf dem Durchschnitt sieht der Tumor wie Sarkomgewebe aus; histologisch handelt es sich um chronische Entzündungen, Wucheratrophie des Fettes mit grofsen Riesenzellen und nach H.s Auffassung um Tuberkulose; eine Auffassung, die ebensoviel namhafte Gegner als Freunde hat. Die Kranken hatten alle Spitzenaffektion, die

Impf- und Färbversuche auf Tuberkelbazillen fielen jedoch negativ aus. H. bezeichnete die Erkrankung als **Erythème induré** Bazin.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über Quecksilbersepsis, von H. Eichhorst-Zürich. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 4.) Zwei tödlich verlaufene Fälle von merkurieller Stomatitis. Bei dem einen handelte es sich um einen 25jährigen Maschinentechniker, der in einer Fabrik für elektrische Anlagen beschäftigt war, wo er viel mit Quecksilber zu tun hatte. Er war schon über Jahresfrist in der Fabrik beschäftigt, als sich erst starker Speichelfluſs und dann entzündliche Veränderungen auf der Mundschleimhaut, namentlich dem Zahnfleisch, bemerkbar machten. Es stellten sich Fieber und Schüttelfröste ein. In die Klinik aufgenommen, wurde daselbst die Diagnose Stomatitis mercurialis und Endocarditis septica, Septikopyämie gestellt. Aus dem Blute lieſs sich Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur gewinnen. Nach wenigen Tagen starb der Kranke. Verfasser deutet den Verlauf in der Weise, daſs die Einwirkung des im Arbeitsraume eingeatmeten Quecksilbers zunächst eine Stomatitis mercurialis verursachte, und daſs von der entzündeten Mundhöhle aus der Staphylococcus pyogenes aureus in das Blut einwanderte und sich dann auf den Herzklappen festsetzte. Im zweiten Falle war es kein gewerblicher, sondern ein arzneilicher Merkurialismus, der den tödlichen Ausgang hervorrief. Ein 30jähriger Fabrikarbeiter hatte sich mit Lues infiziert, er litt an einem papulösen Syphilid, breiten Condylomen. Es wurde folgende Kur verordnet: Ungt. Hydrarg. cin. 5,0 zur Einreibung täglich; Hydrarg. chlorat. auf die breiten Condylome aufzustreuen, Kal. chloric. zum Gurgeln. Schon nach wenigen Einreibungen (im ganzen wurden 11 gemacht) trat starke Stomatitis und mächtiger Foetor ex ore auf, so daſs der Kranke das ganze Zimmer verpestete, weiterhin gesellten sich hierzu auf der Haut des Rumpfes und der Beine eine groſse Zahl von Hautblutungen, ferner blutige Stühle und hämorrhagische Nephritis. Obschon die Quecksilberzufuhr eingestellt, Kal. jod. intern verordnet wurde und alles getan worden war, um die zunehmende Schwäche zu heben, war der Kranke nicht mehr zu retten, er starb vier Wochen nach der Aufnahme in die Klinik. Unter mehr als tausend Syphilitischen, die Verfasser auf der Züricher medizinischen Klinik mit Quecksilbereinreibungen behandelt, ist dies der einzige Fall von Stomatitis mercurialis mit tödlicher Sepsis. Eichhorst schlieſst mit der Mahnung, eine Quecksilbersepsis nach merkurieller Stomatitis als eine sehr ernste Erkrankung anzusehen, deren Gefahren auch dann noch nicht gehoben sind, wenn die Entzündung der Mundhöhle zur Heilung sich angeschickt hat. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Ein Fall von Syphilis vortäuschender Hautaffektion, von A. H. Ohmann-Dumesnil - St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* Dez. 1904.) Der Fall betraf einen 26jährigen Mann und bestand in Entzündungserscheinungen, welche mit Geschwüren in der Gröſse eines Nadelkopfes bis zu einem Markstück bedeckt und unregelmäſsig über Arme und Beine verbreitet waren, und zwar besonders an deren Auſsenfläche; die übrigen Stellen des Körpers, ebenso wie die Haut um die Gelenke und Hand- und Fuſsrücken waren frei von Ausschlag. Die Drüsen in der Achselhöhle und in der Inguinalgegend waren vergröſsert, schmerzhaft auf Druck, aber zeigten nicht die für Syphilis charakteristische Härte. Das Fehlen von Ausschlag an Rücken, Gesicht, Kopf, Händen und Füſsen sprach gegen Syphilis, und die spezifische Behandlung, welche einige Tage hindurch eingeleitet ward, zeitigte gar keine Besserung. Bei weiterer Nachforschung ergab es sich, daſs man es mit einem Morphinisten zu tun hatte und der Ausschlag eine infektiöse Dermatitis sei, welche durch Gebrauch einer schmutzigen Nadel bei der Injektion hervorgerufen worden ist. Das Hautleiden wurde antiseptisch behandelt, Patient bekam noch Morphium per os und die Besserung

ging allmählich und rasch vor sich. Nach den zwei beigefügten Abbildungen zeigte die beschriebene Hauteruption in der Tat grofse Ähnlichkeit mit einer syphilitischen, und Verfasser weist mit Recht auf die Notwendigkeit genauester Untersuchung und die Unzuverlässigkeit, welche oft die Angaben der Patienten haben, hin.

Stern-München.

Beitrag zur Kenntnis des Bacillus des malignen Ödems, von Ernst Bachmann-Zürich. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXVII, Heft 2 u. 3.) Der Hauptzweck der Arbeit war, die Frage zu prüfen, ob verschiedene, unter dem Namen Bacillus des malignen Ödems bezeichnete Bazillen sich identifizieren und ob vielleicht noch andere Bazillen sich anreihen lassen. Zur Lösung dieser Aufgabe hat Verfasser die Agglutination herbeigezogen, über die sich in der Literatur nur spärliche Angaben finden. Die Ergebnisse waren ungefähr folgende: Die zur Untersuchung herangezogenen fünf Stämme von Bacillus des malignen Ödems lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Die einen sind deutlich beweglich, übelriechend, Blutserum rasch verflüssigend, nicht virulent, die anderen sind nicht so deutlich beweglich, das Blutserum langsam verflüssigend, nicht übelriechend und virulent. Durch Injektion bei Kaninchen und Meerschweinchen mit den Stämmen der ersten Gruppe ist es gelungen, Sera zu erhalten, welche den eigenen Stamm agglutinieren und zudem ein schwächeres, agglutinierendes Vermögen besitzen gegenüber den anderen Stämmen der ersten Gruppe. Die Injektionen der Stämme der zweiten Gruppe haben hingegen kein deutlich agglutinierendes Serum geliefert gegenüber dem eigenen Stamm. Der von Ghon und Sachs isolierte Bacillus lehnt morphologisch und kulturell sich stark an die Stämme der zweiten Gruppe an; hat sich aber auch bei der Agglutinationsprüfung vollständig negativ verhalten. Die mit einem Stamm der ersten Gruppe, Bacillus Ghon und Sachs und mit Rauschbrandbacillus vorbehandelten Tiere starben nach Injektion von Kulturen der Stämme der zweiten Gruppe, so dafs eine gegenseitige Immunisierung nicht angenommen werden kann. Auf Grund dieser Befunde ist es nicht möglich, die verschiedenen Bacillen als identisch zu erklären; und deshalb scheint es auch heute noch angezeigt, die Bezeichnung Bacillus des malignen Ödems als einen Sammelbegriff aufzufassen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Zur Kenntnis der sogenannten „Holzphlegmone" („Phlégmone ligneux du cou" nach Reclus), von Hermann Merkel-Erlangen. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 48.)

Zur Frage der „Holzphlegmone". Eine Erwiderung von Schmincke-Würzburg. (*Centralbl. f. Chir.* 1905. Nr. 1.) Diese von Reclus beschriebene Affektion besteht in einer chronisch-entzündlichen Infiltration der Halsseite bis herab zur Clavicula, von brettharter Konsistenz, mit meist fieber- und schmerzlosem Verlauf und mit schliefslichem Ausgang in Heilung, meist unter umschriebener Abscedierung. Der von M. mitgeteilte Fall war dadurch kompliziert, dafs die Infektion gelegentlich der Schlachtung eines mit Aktinomykose behafteten Tieres akquiriert wurde. Es ist wahrscheinlich, dafs die in den aktinomykotischen Eiterherden noch nebenbei vorhandenen Eitererreger durch die lymphatischen Apparate der Mundhöhle in das benachbarte Gewebe des Halses gelangten. Lang und Schmincke hatten nun einen Fall von Holzphlegmone publiziert, der nach der histologischen Untersuchung mit dem Sektionsbefund sich als Cancroid erwiesen hat. Sie stellen daher die Benignität der Holzphlegmone in Frage und behaupten, dafs diese Affektion ein Cancroid ist, welches allerdings in seinen anatomischen und klinischen Erscheinungen merkwürdig dasteht. Demgegenüber bezweifelt M. die Richtigkeit der Diagnose dieses Falles und meint, er stelle nur ein unter dem Bilde der sog. Holzphlegmone verlaufendes, diffus ausgebreitetes Cancroid dar. In einer Erwiderung hält Sch. die Diagnose „Holzphlegmone" in seinem Falle aufrecht, welche von mehreren klinischen Beobachtern

bestätigt worden sei. Die klinischen Symptome ständen wohl fest, nicht jedoch der zugrunde liegende pathologisch-anatomische Prozefs, welcher wohl eine chronische Phlegmone, möglicherweise aber auch ein maligner Tumor sein könne.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Über die Behandlung des Panaritium, von Riedel-Jena. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 1.) Das Charakteristische und zugleich Gefährliche des Panaritium liegt in dem Widerspruch zwischen der Geringfügigkeit der Verletzung und ihren schlimmen Folgen. Frühzeitige, richtige Diagnose und energische Behandlung sind dringend notwendig, um schwere Folgen zu verhüten. Die Furcht der Laienwelt vor der „Blutvergiftung" mufs immer gröfser werden, dann werden zahllose Gelenk- und Sehnenscheidenvereiterungen vermieden werden. *A. Loewald-Kolmar.*

Über das Rhinosklerom in Deutschland, von Max Lissauer. (Inaug.-Diss. Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Intranasale Reizung als Ursache von Rosacea, von W. Lloyd-London. (*Brit. med. Journ.* 14. Jan. 1905.) Als Spezialist für Erkrankungen der oberen Luftwege hat L. im Laufe des letzten Jahres wiederholt nach intranasalen Operationen das Verschwinden einer sonst ganz intraktablen Rosacea beobachtet. Polypen, Hypertrophien der vorderen Enden der Ossa turbinata, sowie Rhinitis hypertrophica waren dabei die häufigsten Affektionen. Verfasser hat in den Textbüchern keine diesbezüglichen Bemerkungen gefunden. (Es ist aber bereits von anderer Seite [und zweifelsohne ganz mit Recht] hierauf hingewiesen worden. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik, von F. Blokbaum-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 52.) Bl. empfiehlt als Nachbehandlung nach galvanokaustischer Stichelung bei Akne rosacea die Applikation einer Bardelebenschen Brandbinde oder Aufstreuen von Dermatol; andere Mittel, wie das Tannoform, verzögern die Heilung und verhindern die Bildung glatter Narben. Rhinophyma behandelt Bl. ausschliefslich mit Galvanokaustik; er bedient sich zur Radikaloperation der Schneideschlinge aus Stahldraht, des galvanokaustischen Messers aus Platiniridium und zur Glättung des Flachbrenners; die noch nicht verdickten Stellen an den Nasenflügeln und der oberen Nasengegend werden gestichelt. Die ganze Kur nimmt ca. vier Wochen in Anspruch. Bl. hat mit seiner Methode, die er im *Medico* (1902, Nr. 51) ausführlicher beschrieben, in 20 Fällen von Rhinophyma ausgezeichnete Resultate erzielt. Die der kleinen Arbeit beigegebenen Abbildungen eines Falles vor der Operation und nach eingetretener Heilung beweisen einen wirklich idealen Erfolg. *Götz-München.*

Rhinophyma und ähnliche angiomatöse elephantiastische Erscheinungen an der Haut, von H. Croneberg. (Inaug.-Diss. München 1902.) Erwähnenswert ist im beschriebenen Falle, dafs sich die gleichen pathologischen Veränderungen der Haut und des subcutanen Gewebes, die derbe Infiltration, die sichtbar vermehrte Vaskularisation, die trichterförmigen Vertiefungen der Drüsenausführungsgänge, die höckerige Beschaffenheit, ferner das ganz allmähliche Wachstum und die gleichzeitige blaurötliche Verfärbung der Geschwulstneubildung, sowohl an der Nase als auch an der Haut sich vorfanden. Auch mikroskopisch handelte es sich um die gleiche Erscheinung. *Fritz Loeb-München.*

Zur Behandlung des Erysipels, von Felix Franke-Braunschweig. (*Ther. Monatsh.* Nov. 1904.) F. behandelt das Erysipel, indem er schmale Heftpflasterstreifen in der Ausdehnung von etwa vier Fünftel des Umfanges des Gliedes um dieses fest herumgelegt, so dafs eine tiefe Furche entsteht, und zwar so, dafs ein Streifen etwa 2 cm von der Grenze des Erysipels gezogen und so angelegt wird dafs die offene

Stelle gegenüber dem am wenigsten weit vorgerückten Rande des Erysipels liegt. 2 cm weiter zentralwärts wird ein zweiter Streifen so angelegt, dafs die offene Stelle auf der entgegengesetzten Seite des Umfanges zu liegen kommt, darauf ein dritter Streifen ebenso weit entfernt mit der offenen Seite wieder dem ersten Streifen entsprechend. Auf diese Weise vermeidet man die zirkulare Abschnürung des Gliedes. Selten überschritt das Erysipel den ersten Streifen an der offenen Stelle, nie den zweiten. Am Rumpfe ist die Abschnürung schwerer, erfolgreich ist sie am Kopfe, hier benutzt man statt Heftpflaster das Kollodium. Je nach der Ausdehnung pinselt man quer mitten auf der Stirn oder nahe der Haargrenze Kollodium fingerbreit auf und an den Seiten weiter herunter vor den Ohren bis zum Halse. In Zwischenpausen von 10—15 Sekunden pinselt man noch einige Male frischer nach und erzielt so ein festes Anpressen der Haut gegen die Unterlage. Ist das Erysipel schon seitlich nach den Schläfen gedrungen, so führt man den Kollodiumstreifen hinter dem Ohre herum, wo er eine festere Unterlage findet. Das Gesicht mufs ruhig gehalten werden, der Streifen mufs oft wieder aufgepinselt werden. Die erysipelatöse Stelle selbst bepinselt man mit Ichthyolsalbe. Diese Behandlungsmethode hat sich dem Verfasser stets bewährt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Anwendung von Nitroglycerin in der Erysipelbehandlung, von J. W. Wherry - Clarinde. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 5. Nov. 1904.) Verfasser hat vier Fälle von Erysipel mit Nitroglycerin (dreistündlich 0,50 mg) behandelt, alle mit dem gleichen vorzüglichen Resultat, dafs die Temperatur fiel, der Puls kräftig wurde, das Allgemeinbefinden sich besserte und die Entzündung in überraschend kurzer Zeit zurückging. *A. Loewald-Kolmar.*

Die lokale Behandlung des Erysipels mit Acetozon, von J. Knowles. (*St. Louis med. Journ.* Dez. 1904.) Kn. berichtet kurz über den Fall von Erysipel bei einer 38jährigen Frau, welches plötzlich vom Gesicht — nach äufserer Anwendung von Borlösung und innerer von Tinctur. ferri chlor. — auf die behaarte Kopfhaut überging und auf die gewöhnlichen Mittel nicht wich. Eine Lösung von 3%igem Acetozon auf ca. 1 l Wasser wurde nun reichlich angewandt und nach 24 Stunden war das Erysipel in vollem Rückgang begriffen. *Stern-München.*

Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argentum colloidale, von L. Feldmann - Mühbrädlitz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.) Am neunten Tage nach einer normal verlaufenen Geburt mit bis dahin ungestörtem Wochenbettverlauf erkrankte eine Frau unter Schüttelfrost und hohem Fieber; am folgenden Tage entwickelte sich nach einem neuen Schüttelfrost innerhalb weniger Minuten eine erysipelatöse Schwellung des ganzen Gesichts. Mehrere Tage anhaltend hohes Fieber trotz Antipyrin, kalter Packungen. Nach zweimaliger Einreibung von 2,5 g Argentum colloidale fiel die Temperatur ab und blieb niedrig, trotzdem das Erysipel noch mehrmals über Kopf und Gesicht wanderte. *A. Loewald-Kolmar.*

Ein Fall von Erysipelas faciei mit Ausgang in Septikopyämie, von Eduard Gatzweiler. (Inaug.-Diss. München 1903.) Den Umstand, dafs es trotz einer ganz geringfügigen Verletzung im beschriebenen Falle zu einem so schlimmen und rapiden Ausgang gekommen ist, führt Verfasser darauf zurück, dafs der Organismus des Patienten durch zu reichlichen Alkoholgenufs in bedeutender Weise geschwächt und so sein Widerstandsvermögen gegen eine Allgemeininfektion durch das Potatorium in hohem Mafse herabgesetzt war. *Fritz Loeb-München.*

Erysipelas und Carcinom, von Solari. (*Rivista medica.* 1904. Nr. 9.) Von verschiedenen Autoren ist behauptet worden, dafs ein interkurierendes Erysipel im Verlaufe eines Carcinoms das letztere zur Regression und selbst zur Heilung bringen könne, während andere im Gegenteile eine Verschlimmerung der Neubildung beob-

achtet haben. Der Fall, den der Verfasser anführt, gehört zur letzteren Kategorie. Es handelte sich um einen Patienten mit Carcinoma ventriculi (wenigstens wurde die Diagnose mit ziemlicher Sicherheit gestellt). Nachdem sich nun bei dem Manne ein Erysipel des Gesichtes eingestellt hatte, welches, obwohl schwerer Art, nach 14 Tagen vollständig heilte, konstatierte man eine bedeutende Verschlimmerung im Allgemeinzustande; es trat aufserordentlich rascher Kräfteverfall, Kachexie und allgemeine Carcinomatose ein. *C. Müller-Genf.*

Über posterysipelatöses Sklerem, von K. G. von Holten. (Inaug.-Diss. Heidelberg 1904.) Es gibt ein rosenartiges Sklerem im Sinne Clementovskys, das meist Kinder unter einem Jahre befällt, ohne Rücksicht auf den Kräftezustand. Da dieses Sklerem stets nach einem Erysipel auftritt, schlägt Verfasser dafür den Namen „posterysipelatöses Sklerem" vor. Es zeigt einerseits Beziehungen zu anderen Folgezuständen des Erysipels, unterscheidet sich aber anderseits in seiner reinen Form dem klinischen Bilde nach wesentlich von dem Sclerema oedematosum und dem Sclerema adiposum. Es gibt Fälle, in denen bei schwacher Konstitution im Anschlufs an Erysipel ein Sclerema oedematosum auftritt, das sich dem Wesen dieser Krankheit gemäfs nicht an die vom Erysipel befallenen Strecken hält, sondern dieselben überschreitet. Doch spielt in diesen Fällen das Erysipel nur in dem Sinne eine ätiologische Rolle, wie bei anderen Fällen von Sclerema oedematosum eine Cholera infantum oder eine Pneumonie. *Fritz Loeb-München.*

Elephantiasis arabum, von Friedrich Paulus. (Inaug.-Diss. Bonn 1903.) Bei der Elephantiasis der unteren Extremität zeigt sich die erste Volumzunahme gewöhnlich in der Nähe der Achillessehne. Im Verhältnis zur Erkrankung der Extremitäten ist die Elephantiasis der Genitalien, wenigstens der männlichen, in unseren Gegenden eine sehr seltene Erkrankung, scheint dagegen in den Tropen relativ häufig zu sein. Während in den Tropen vorwiegend die männlichen Geschlechtsteile und insbesondere das Scrotum befallen werden, ist dagegen in unseren Gegenden die Elephantiasis vulvae eine häufige Erkrankung. Sie kommt jedoch deswegen selten zur Beobachtung, weil sie verhältnismäfsig wenig Beschwerden macht und unter langsamem Wachstum und ohne Störung des Allgemeinbefindens zu verlaufen pflegt. Unter 46 von Mayer zusammengestellten Fällen von Elephantiasis der Genitalien fand sich in 43,5 % die Labia majora erkrankt. Im Verlauf der letzten fünf Jahre kamen in der Bonner Klinik fünf Fälle von chronischen Ödemen des Gesichtes mit elephantiastischer Verdickung einzelner Partien zur Beobachtung, von diesen waren drei im Anschlufs an Erysipel, zwei infolge chronischen Ekzems entstanden. Aufserdem fand Verfasser sechs derartige Fälle von Friedreich zusammengestellt, von denen drei eigener Beobachtung, ein Fall von Larrand, einer von Lombroso und einer von Pedaglia und Deutschmann war.

Nach Erörterungen über Genese und pathologische Anatomie des Krankheitsbildes gibt Verfasser die Krankengeschichten einiger Fälle und schliefst mit der Besprechung der Therapie. *Fritz Loeb-München.*

Elephantiasis und Filariose, von J. Vermeil. (*Thèse de Montpellier.* 1904. 54 S.) Die Arbeit bringt nichts Erwähnenswertes. *Fritz Loeb-München.*

Zur Pathogenese der Elephantiasis, von J. Guillet. (*Thèse de Lyon.* 1904. 65 S.) Verfasser bespricht die Theorien über die Genese der Krankheit und kommt zu dem Schlufs, dafs mechanische Stauung und Infektion sich am häufigsten, und zwar zusammen, finden. Das Wertvollste an der Arbeit ist das vorzügliche Literaturverzeichnis. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Mykosis fungoides, von W. Schiele. Mit mikroskopischanatomischem Befund von A. Ucke. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 49.) Der

klinischen Beschreibung eines typischen Falles von Mykosis fungoides folgt ein kurzer, nichts Neues enthaltender, mikroskopischer Bericht. Im Anschlufs an diesen spricht UCKE sich für eine parasitäre Grundlage der Krankheit aus und setzt sie mit Rücksicht auf ihre Lokalisation, ihr multiples Auftreten (? Ref.) und den Wechsel der Intensität des Prozesses in Analogie zu den akuten Exanthemen (? Ref.).

A. Loewald-Kolmar.

Fingeraktinomykose, von ALDO MASSAGLIO. (*Presse méd.* 1904. Nr. 70.) Die Fälle von Aktinomykose des Fingers sind selten. In Lyon finden sich in den Akten der Lyoner Schule nur sieben entsprechende Fälle. Diesen fügt der Verfasser einen mikroskopisch und bakteriologisch sicher gestellten, neuen Fall zu, der einen 53jährigen Bauer betraf. Der Eiter enthielt zahlreiche gelbe Körnchen von Grieskorngröfse. In denselben fand man zahlreiche vielkernige Leukocyten, charakteristische UNNAsche Zellen und Pilzgewirre von Fäden, die GRAM annahmen. Ein solches Körnchen entwickelte sich auf Bouillon zu einem charakteristischen Mycelium. Das Blut zeigte eine leichte Mononukleose. *Hopf-Dresden.*

Über aktinomykotische Panaritien; Aktinomykose der Finger, von M. MALARD. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 41.) Die Läsionen, die man bei Aktinomykose der Finger beobachtet, sind analog denen bei primärer Hautaktinomykose. Die Gewebe reagieren gegen den Strahlenpilz mit intensiver Zellproliferation, die zur Bildung aktinomykotischer Knötchen führt. In selteneren Fällen reagiert das Gewebe nicht in dieser Weise gegen die Infektion, die dann schnell zu Ulcerationen führt. Es ist dies die seltene akute Form. Bei der chronischen Form kommt es erst nach der Bildung der Knötchen zur Ulceration. Meist bleibt der Prozefs auf Haut und Unterhautzellgewebe beschränkt; doch können auch durch sekundäre Infektion die Knochen ergriffen werden. Die Diagnose ist nicht immer leicht; differentialdiagnostisch kommen Lues und Tuberkulose in Betracht; die Ätiologie, die oft lange Inkubation, die torpide und rezidivierende Entwicklung, die Knotenbildung sprechen für Aktinomykose. Mit dem mikroskopischen Nachweis der gelben Körner ist die Diagnose gesichert. Die Prognose ist meist gut zu stellen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Kasuistik der Zungenaktinomykose, von MAX SCHWIENHORST. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1903.) Kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Die Aktinomykose des äufseren und mittleren Ohres, von G. VIELLE. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 25.) Lesenswerte Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Über die Aktinomykose der Genitalien, von J. HENRIOT. (*Thèse de Lyon.* 1902. Nr. 74.) *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Actinomycosis cutis, geheilt durch Jodipin, von ALBERT BÖRNER-Krippen. (Leipzig, Bruno Georgi, 1904.) In seiner Inaugural-Dissertation berichtet B. von einem genau beobachteten Fall aus der RILLEschen Klinik und zwar seinerzeit (1901) in Innsbruck beobachtet. Ein kräftiges Mädchen von 15 Jahren hatte seit zwölf Wochen eine eiternde Actinomycosis am Halse. Sie wurde — ebenso wie in zwei Fällen von KREIBICH — mit reichlichen Jodipingaben behandelt, analog den günstigen Erfahrungen, die ebenfalls RILLE schon (1894) und PRINGLE (1895) mit Jodkalium bei Hautaktinomykose gemacht hatten. Zu den enormen Jodkaliumgaben — RILLE hatte innerhalb von 67 Tagen nicht weniger als 318 g Jodkalium gegeben — eignete sich als anerkannt harmlos substituierender Behelf das Jodipin-MERCK.

Es wurden insgesamt 600 ccm 25 % Jodipin intramuskulär und 438 Löffel intern verabreicht. Einige Male mufsten die Injektionen wegen Infiltratbildung ausgesetzt werden, einmal unterblieb jede Medikation wegen einer Angina follicularis. Im allgemeinen wurde das Mittel gut vertragen, zuletzt sogar in einer täglichen Gabe von sieben Löffel per os; der Appetit war nie gestört und das Körpergewicht nahm an

dauernd zu. Niemals trat Jodakne auf, wohl aber ein anderes, wie es scheint, nicht allgemein bekanntes Zeichen von Jodismus, nämlich Lidödem.

Die Krankheitsherde bildeten sich allmählich zurück und hinterließen eine Zeitlang eine schmutzig-braune Pigmentierung der betreffenden Hautstellen. Das Endergebnis war aber jedenfalls die völlige operationslose Heilung innerhalb fünf Monaten.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum (Kontagiosität), von L. E. M. Rousseau. (*Thèse de Bordeaux.* 1902. Nr. 56.) *Fritz Loeb-München.*

Erythema nodosum, von Isaac A. Abt. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 12. Nov. 1904.) Mitteilung dreier Fälle, von denen der eine deswegen bemerkenswert ist, weil der Patient, ein sechsjähriger Junge, in unmittelbarem Anschluß an den Anfall von Erythema nodosum eine tuberkulöse Meningitis bekam. *A. Loewald-Kolmar.*

Über Ätiologie und Pathogenese des Erythema nodosum, von Erich Hoffmann-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 51.) Das Erythema nodosum verläuft ganz nach Art der akuten Infektionskrankheiten und stellt sicherlich nicht eine reine Hautaffektion, sondern eine Erkrankung des ganzen Organismus dar. Mit dem Erythema multiforme Hebra ist es wohl verwandt aber nicht identisch. Es lassen sich drei Arten unterscheiden: das idiopathische, das symptomatische (bei akuten Infektionskrankheiten, sowie bei Syphilis und Tuberkulose) und das medikamentöse oder toxische Erythema nodosum (nach Mitteln wie Jod, Brom, Antipyrin). Die Ätiologie der idiopathischen Form ist noch völlig unbekannt und die Pathogenese noch keineswegs geklärt. Die Einreihung unter die angioneurotischen Dermatosen (Lewin) ist jedenfalls nicht gerechtfertigt. Nach den neueren histologischen Untersuchungen steht es fest, daß beim Erythema nodosum echte entzündliche Prozesse, die sich tief ins subcutane Gewebe erstrecken, vorliegen. Verfasser selbst hat gefunden, daß ein Erythema nodosum, welches den Ausbruch eines ersten syphilitischen Exanthems begleitete, auf eine jedenfalls syphilitische Wandentzündung subcutaner Venen zurückzuführen war, und er fand zweitens am Grunde eines frischen, kaum zwei Tage alten Knotens eines idiopathischen Erythema nodosum eine große, tief im subcutanen Gewebe liegende Vene, deren Wand alle Zeichen der Entzündung und eine starke Proliferation des Endothels zeigte. In beiden Fällen war eine Teilungsstelle der Vene Sitz und wohl auch Ausgangspunkt der Entzündung. Nach diesen Befunden nimmt Verfasser an, daß der Krankheit eine akute metastatische Entzündung einer tiefen subcutanen Vene zugrunde liegt. Die bakteriologischen Studien haben zu einwandsfreien Ergebnissen bisher noch nicht geführt. Infektionspforten sind wahrscheinlich die Schleimhaut der Tonsillen, des Magendarmkanals oder auch der Luftwege. Von hier aus, nimmt Verfasser an, gelangen die Erreger ins Blut und finden Gelegenheit, sich in den subcutanen Venen anzusiedeln. Die Venen der Streckseiten der Extremitäten, speziell der Unterschenkel, sind wohl deswegen besonders bevorzugt, weil sie eine auffallend starke, aus mehreren locker gefügten Schichten zusammengesetzte Muskelwand mit einem sehr reichen Gefäßnetz und zahlreiche Klappen besitzen, die besonders an ihrer Ansatzstelle ein sehr dichtes Kapillarnetz haben. Hier können Bakterien besonders leicht festgehalten werden. Es kommt zu einer Wandentzündung mit Wucherung des Endothels und mäßiger Leukocyteneinwanderung ins Lumen, jedoch nicht zu völliger Thrombose, und im Anschluß daran zu einer speziell das Unterhautfettgewebe betreffenden starken hämorrhagischen Entzündung. Unter Resorption des hämorrhagischen Exsudates und des kleinzelligen Infiltrates geht diese Entzündung, ohne Spuren zu hinterlassen, stets innerhalb kurzer Zeit zurück. So, glaubt Verfasser, habe man sich die Pathogenese des Erythema nodosum vorzustellen.

A. Loewald-Kolmar.

Beitrag zum Studium der primären multiplen Hautgangrän, von E. VEILLON. (*Thèse de Lyon.* 1902. Nr. 176.) *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von spontaner circumskripter Hautgangrän, von VIKTOR MUNSCH. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Ein weiterer Fall von Lidgangrän mit Diphtheriebazillenbefund, von WILHELM SCHILLINGER. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1903.) „In allen Formen spontaner Gangrän der Haut wird eine bakteriologische Untersuchung auf eine etwaige Anwesenheit der LÖFFLERschen Bazillen frühestens vorgenommen werden müssen, und bei positivem Befund oder bei nur begründetem Verdacht darauf die sofortige Anwendung der Serumtherapie indiziert sein." *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Noma nach Typhus, von CARL TILLIS. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Verfasser führt eine Reihe von Daten an, aus denen hervorgeht, dafs das weibliche Geschlecht in beträchtlich höherem Mafse von Noma befallen wird, als das männliche. Noma ist vorwiegend eine Krankheit des Kindesalters, und zwar werden im allgemeinen nur Kinder vom ersten bis zum zwölften Lebensjahr befallen; am häufigsten ist die Krankheit zwischen dem zweiten und siebenten Jahre. Kinder im ersten Lebensjahr und Erwachsene erkranken nur in seltenen Ausnahmefällen. Was die Jahreszeit betrifft, in der die meisten Erkrankungen vorkommen, so zeigt sich eine völlige Regellosigkeit, so dafs die Erfahrungen des einen Forschers denen des anderen widersprechen. Was die primäre Lokalisation betrifft, so ist diejenige an der Wangenschleimhaut die bei weitem häufigste. Danach folgt die Erkrankung der Genitalien und der Lippen und in seltenen Fällen die des Ohres. Bezüglich der Entstehung des Noma nehmen die Masern in allen Zusammenstellungen den ersten Platz ein. Die Prognose ist sehr ungünstig. Die Mehrzahl der Patienten stirbt und von denen, die am Leben bleiben, behalten die meisten Entstellungen des Gesichtes, verbunden mit Störungen beim Essen, Sprechen und dergleichen. Der Verlauf der Krankheit ist in der Regel ein rascher.

Einleitend bringt Verfasser die Krankengeschichte, welche zwei bemerkenswerte Momente bietet: 1. Den Umstand, dafs eine erwachsene Person von der Krankheit befallen wird; 2. den sehr langsam fortschreitenden und mit Heilung ohne Durchbrechung endigenden Verlauf. Beide Momente liefsen die Frage in Erwägung ziehen, ob es sich im beschriebenen Fall um eine echte Noma, oder nur um eine schwere Form von Stomatitis ulcerosa handelte. *Fritz Loeb-München.*

Verschiedenes.

Die medizinischen Geheimspezialitäten gegenüber den patentierten eigentlichen chemischen Präparaten. Leitartikel. (*Journ. Amer. Med. Ass.* 4. März 1905.) In Amerika wird vielfach darüber geklagt, dafs von Drogisten und chemischen Fabriken irgendein Rezept en gros angefertigt, mit einem beliebigen neuerfundenen, tönenden, vielleicht gesetzlich geschützten Namen versehen und dann mittels energischer Reklame dem Publikum für schweres Geld aufgedrängt wird. Um diesem Treiben entgegenzutreten, hat der Vorstand der „American Medical Association" eine ständige Kommission ernannt, welche alle diese Schwindelpräparate prüfen und deren Weiterverbreitung, namentlich deren Anpreisung in den Blättern, möglichst verhindern soll. Zugleich will man auf diese Weise den neu entdeckten wirklichen pharmazeutischen Präparaten die Einführung erleichtern.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

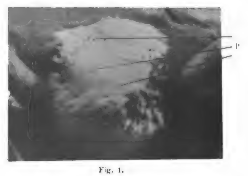


Fig. 1.

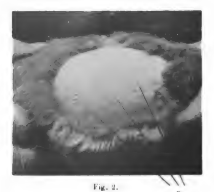


Fig. 2.

a

b

Fig. 3.

Google

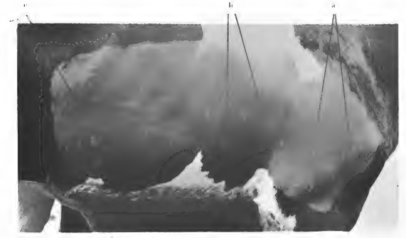


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Digitized by Google

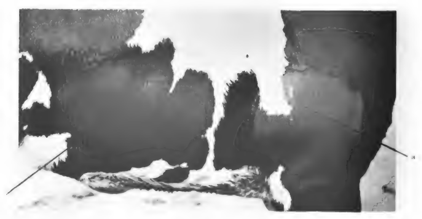


Fig. 7.

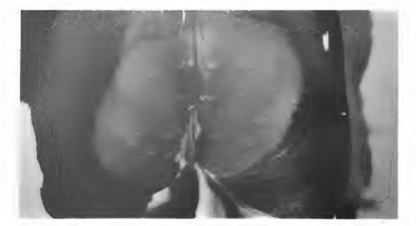


Fig. 8.

Fig. 9.

Digitized by Google

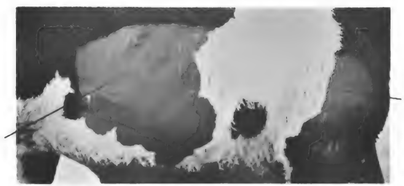


Fig. 10.

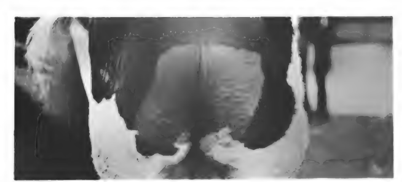


Fig. 11.

Fig. 12.

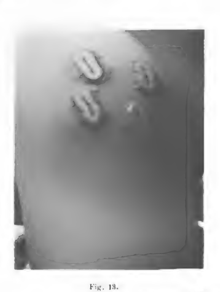


Fig. 13.

Digitized by Google

Graph. Institut

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. № 10. 15. Mai 1905.

Über einen histologischen Fund in der Haut (anscheinend ein neuer epidermoidaler Nerv?).

Von

Prof. I. F. SELENEW-Charkow.

(Mit zwei Abbildungen im Text.)

Auf einem mikroskopischen Schnitt, der aus der der Dorsaloberfläche der Hand von einem mit Pemphigus foliaceus behafteten Patienten entnommenen Haut gefertigt war, fand ich an der Stelle, wo die Haut am wenigsten affiziert war, im Rete Malpighii ein geschwänzt-kugeliges Gebilde, das ich in der mir sowohl wie anderen Spezialärzten bekannten Literatur der Histologie, der pathologischen Anatomie und Dermatologie nirgends beschrieben fand. Die Spezialisten, mit denen ich zu sprechen Gelegenheit hatte, waren gleichfalls nicht in der Lage, etwas Bestimmtes über meinen Fund zu sagen.

Die Haut des Kranken, von der der Schnitt angefertigt wurde, war klinisch vom Prozesse des Pemphigus foliaceus am wenigsten affiziert (cf. meine Arbeit „Über Exsudation und Keratosen", die in der *Dermatologischen Zeitschrift* von Prof. LASSAR erscheint), und erst in der allerletzten Zeit haben an der betreffenden Hautpartie Blasen sich zu zeigen begonnen, die an Pemphigusblasen erinnerten, d. h. schlaff waren und eine geringe Quantität seröszelligen Inhalts aufwiesen.

Im Bereiche einer Blase, aber im Rete Malpighii, welches von der Hornschicht und vom Stratum lucidum dicht bedeckt und in vakuolärer Degeneration bereits begriffen ist, liegt eben dieser kugelförmige Körper, der dicht an die Hornschicht herangeht, aber von der letzteren durch eine Kapsel deutlich getrennt ist.

Abbildung 1.

Auf der Abbildung 1 sehen wir in *c* die Hornschicht, hauptsächlich das Stratum lucidum, welches in vakuolärer Degeneration begriffen ist; in *m* sehen wir das Rete Malpighii, welches leicht ödematös ist, in *d* das

ödematöse und infiltrierte Derma (in *i* im Bereiche der Papillen); im benachbarten interpapillären Raume in *p* tritt uns ein Haarfollikel entgegen. Im Rete Malpighii liegt in der Nähe der Hornschicht der kugelförmige Körper (*e*), der an der rechten Seite von einem halbmondförmigen hellen Ring (*f*) umgeben ist und unten einen homogenen Fortsatz oder eine schwanzförmige Fortsetzung (*k*) aufweist, mit einer geringen Anzahl von Kernen, homogenen queren Einschnürungen, die bei starker Vergröſserung (Immersion $^1/_{12}$ Reichert) zu sehen sind; der Schwanz verliert sich in den Zellen des Rete Malpighii in der Richtung nach unten zum Derma, in dem an dieser Stelle eine kleine Papille vorhanden ist. Das Gebilde im Derma weiter zu verfolgen, gelingt nicht, da ich dasselbe zufällig nur auf einem einzigen Schnitt, der nach van Gieson gefärbt war, gefunden habe.

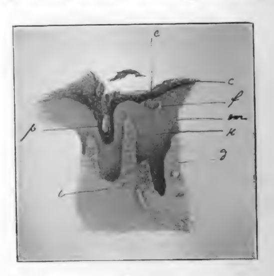


Fig. 1.

Abbildung 2.

Auf der Abbildung 2 (Immersion $^1/_{12}$ Reichert) ist der fragliche kugelförmige Körper bei starker Vergröſserung dargestellt. Hier tritt deutlicher hervor, daſs der kugelförmige Körper in einer besonderen Kapsel (*m*) liegt, deren Wandungen gleichsam mit Endothelzellen (*o*) ausgekleidet sind; links sehen wir einen spaltförmigen Raum (*h*), dessen Wandungen dieselbe Beschaffenheit aufweisen und der sich zum schwanzförmigen Fortsatz senkt. Die Kugel selbst (*e*) besteht aus kernhaltigen Epithelzellen, deren Konturen man bei gewisser Einstellung der mikrometrischen Schraube unterscheiden kann, die dachziegelförmig wie die Zwiebelhüllen aufeinander

lagern und gleichsam in die innere Kapsel mit eingeschlossen sind. Der schwanzförmige Fortsatz (*k*) geht, indem er aus dem Rete Malpighii kommt, in die Kugel hinein und endet weit über die Mitte der Kugel hinaus mit einer keulenförmigen Erweiterung, wobei man einen schmalen homogenen Streifen sehen kann, der aus dem Ende der Keule hinausgeht und sich inmitten der Zellen der Kugel, die oben an die Hornschicht grenzen, verliert. Bei derselben Vergröfserung kann man auch die homogenen queren Verschnürungen im Verlaufe des Fortsatzes sehen.

Infolge des Umstandes, dafs ich diesen Körper nur auf einem Präparate gefunden habe, das nach der Methode von van Gieson gefärbt war,

Fig. 2.

bin ich nicht in der Lage, eine ausführlichere tinktorielle Charakteristik zu geben, und mufs mich auf das Studium des Körpers nur auf diesem einzigen Präparat beschränken. Die Färbung des Körpers ist im grofsen und ganzen die nämliche wie diejenige des Rete Malpighii, nur weniger intensiv; etwas intensiver färben sich die Zellen der Kugel an derjenigen Stelle, wo sich die keulenförmige Erweiterung des schwanzförmigen Körpers befindet.

Wenn wir uns die Frage vorlegen, was dieses Gebilde eigentlich sein kann, so können wir nur zwei Hypothesen heranziehen: entweder ist es ein Protozoen oder ein epidermoidaler Nerv, der im Rete Malpighii selbst

Digitized by Google

liegt. Die dritte Hypothese, nämlich ob es sich hier um irgendein rudimentäres Gebilde (eines Haares, einer Drüse usw.) handelt, kann ich aus dem Grunde nicht gelten lassen, weil das von mir gefundene Gebilde immerhin eine vollkommenere uud bestimmtere Konstruktion hat als sämtliche in Betracht kommenden Rudimente und aufserdem seinen eigenen Typus besitzt.

Die erste Hypothese zu wählen, haben wir schon aus dem Grunde wenig Veranlassung, weil der fragliche Körper zweifellos ein aus Gewebe bestehendes Gebilde ist, und in der Literatur keine Angaben darüber vorhanden sind, dafs solche Protozoen in der Haut von Tieren oder von Menschen angetroffen werden können (cf. das vorzüglich bearbeitete Kapitel im Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, herausgegeben von Kolle und Wassermann, welches aus der Feder von so berühmten Kennern der Mykologie, wie J. Dofflein in München und S. v. Prowazek in Rovigno, herrührt). Die ziemlich stark ausgesprochene Trennung des kugelförmigen Gebildes von der äufseren Kapsel, durch welche (Trennung) cystoide Höhlen (*m* und *h*) entstanden sind, verdankt vielleicht ihre Entstehung dem erwähnten Ödem des gesamten Rete Malpighii.

Am plausibelsten erscheint somit meines Erachtens die zweite Hypothese, nämlich dafs wir es hier mit einer neuen Form von selbständigen Hautnerven zu tun haben, die entweder ständig oder unter besonderen abnormen Verhältnissen in den oberflächlichsten Schichten der Epidermis in der Nähe der Hornschicht gelagert sind. Durch ihre äufsere Form erinnern dieselben an die bereits bekannten kolbenförmigen Gebilde von Krause, indem sie sich von den letzteren durch ihre Struktur und durch ihre Lokalisation unterscheiden.

Der schwanzförmige Fortsatz macht den Eindruck einer mit einer Schwanschen Hülle bekleideten Myelinfaser.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg-Hamburg. Oberarzt: Dr. Engel-Reimers.

1. Zur Pathologie des Lichen ruber planus diffusus.
2. Ein eigenartig gruppiertes Ekzem.

Von

Dr. B. Spiethoff,
Assistenzarzt.

(Mit einer Abbildung im Text.)

Es ist bekannt, daſs jeder die Cutis propria destruierende Prozeſs nur mit einer Narbe ausheilen kann. Bildet sich der Papillarkörper in einer anatomisch vollwertigen Form zwar nicht wieder aus, so hat doch L.' Heitzmann gezeigt, daſs unregelmäſsige Papillen und entsprechende Epitheleinsenkungen in jeder Narbe zu finden sind. Angesichts dieses von Heitzmann erhobenen Befundes entsteht nun die Frage, ob die neu entstandenen Papillen denen der normalen Haut physiologisch gleichwertig sind. A priori ist das nicht anzunehmen, da ihnen gerade das für den normalen Papillarkörper charakteristische Gefäſsschlingennetz fehlt. Nichts ist meines Erachtens besser geeignet, Aufschluſs hierüber zu bringen, als Beobachtungen aus der Pathologie. Die Entwicklung von Fibromen und Sarkomen im Narbengewebe gehört zwar nicht zu den Seltenheiten, Hauterkrankungen aber im Bereiche der Narbe, die vorzugsweise auf Vorgängen im Papillarkörper beruhen, sind nicht mitgeteilt.

Einen Beitrag zu der aufgeworfenen Frage liefert ein kürzlich auf der Hautabteilung vorgekommener Fall, aus dessen Krankengeschichte die hier interessierenden Einzelheiten mitgeteilt seien. Es handelt sich um eine 77jährige Frau, die anfangs der 40er Jahre verschiedene Geschwüre, namentlich auf dem Rücken, gehabt haben will. Eine syphilitische Erkrankung bezw. spezifische Kur wird nicht zugegeben. Seit einigen Jahren besteht ein stark juckender Ausschlag, der periodenweise auftrat und dessen jetzige Eruption vor vier Monaten begann. Wir stellten folgenden Befund fest: Haut am Rücken, Brust, Abdomen und den Extremitäten mehr oder minder diffus infiltriert, rot, stellenweise bläulichrot verfärbt und zart schuppend. Neben diesen diffusen Herden bestehen noch linsengroſse, rote, mit einem feinen Schüppchen versehene Knötchen und, besonders an den Armen, verschiedene pfenniggroſse, weiſslich atrophische Stellen, die mit einem schmalen Pigmentsaum umgeben sind. Am Rücken einzelne weiſsliche, derbe, umschriebene Narben. Das Exanthem, das bis auf die

Digitized by Google

narbigen Stellen z. B. den gesamten Rücken einnimmt, hört haarscharf am Rande der Narben auf, nur im Bereiche einer handtellergroßen Narbe und einer kleineren finden sich zum Teil im Zentrum, zum Teil in der Peripherie, aber überall noch durch Narbengewebe vom diffusen Exanthem getrennt, einzelne, scharf umschriebene, kleinlinsengroße, rote, leicht schuppende Knötchen.

Die Diagnose lautet: Lichen ruber planus diffusus; Cicatrices (?).

Was den Fall interessant macht und weswegen ich ihn mitteile, sind die beiden, hier besonders schön zur Anschauung kommenden Erscheinungen, daß das Exanthem scharf an den Grenzen der Narben aufhört und daß innerhalb eines zusammenhängenden Narbengewebes einzelne wenige kleine Inseln desselben Exanthems auftreten. Es geht daraus hervor, daß eine Narbe im allgemeinen keine Krankheitsbilder zeigen kann, deren Pathogenese sich hauptsächlich im Papillarkörper abspielt, des weiteren aber, daß die nach einem die tieferen Hautschichten destruierenden Prozeß sich wieder bildenden Papillen wie in anatomischer, so auch in biologischer Beziehung denen der normalen Haut als nicht gleichwertig zu bezeichnen sind, weil ihnen in der Regel die Reaktionsfähigkeit abgeht; der Grund hierfür liegt wohl in der Armut an Gefäßen. Schwieriger ist aber das Auftreten der Lichenknötchen im Bereiche mehr oder minder großer Narben zu deuten. Diese Erscheinung läßt zweierlei Erklärungen zu. Einmal kann es sich um Stellen handeln, an denen der Zerfallsprozeß sich nur auf den Papillarkörper, nicht aber auf die Cutis propria erstreckte, oder aber wir haben es mit Stellen zu tun, an denen im Gegensatz zum übrigen Teile der Narbe der Papillarkörper anatomisch, also auch physiologisch vollwertiger und deshalb auch reaktionsfähig wiedergebildet ist. Eine histologische Untersuchung mußte äußerer Umstände wegen leider unterbleiben.

Im Anschluß hieran sei ein Fall von multipel linear auftretendem Ekzem mitgeteilt. Die Publikationen von strichförmig auftretenden Hauterkrankungen häufen sich in neuerer Zeit, namentlich seitdem man den Headschen Zonen mehr Aufmerksamkeit entgegenbringt; außer dem metameren Ausbreitungsbezirk spinaler Segmente werden auch die Voigtschen Grenzlinien für das eigenartig linear oder regionär begrenzte Auftreten der verschiedensten Erkrankungen verantwortlich gemacht. Neben diesen Systemerkrankungen beobachtet man auch Dermatosen, die wohl in ähnlicher Anordnung auftreten, sich aber nicht mit irgendeinem Hautsystem zur Deckung bringen lassen, die ihre Entstehung mehr zufälligen Momenten verdanken. Zu dieser Kategorie rechne ich den hier angeführten Fall.

Es handelt sich um ein Mädchen anfangs der 20er Jahre mit einem juckenden Exanthem auf der Streckseite der linken Hand und des linken

Vorderarmes und der Beugeseite des rechten Vorderarmes, dessen älteste drei Wochen, dessen jüngste Stellen einige Tage alt sein sollen. Das auffallendste Symptom ist die eigenartige Gruppierung der Effloreszenzen, deren Einzelheiten auf der Abbildung deutlich zum Ausdruck kommen. An den bezeichneten Körperstellen finden sich aufser einzelnen isoliert stehenden Bläschen solche, die zu mehreren linear nebeneinander angeordnet sind, teils in Längs-, teils in Querrichtung zur Längsachse des Armes. Über dem linken Handgelenk fällt besonders ein Konvolut von Bläschen auf, in dessen Bereich aber die strichförmige Anordnung durchaus gewahrt ist; die Bläschenreihen verlaufen hier, zum Teil dicht parallel nebeneinander, in den verschiedensten Richtungen zur Längsachse des Armes. Die Haut in der Umgebung der Bläschen ist unverändert. Neben diesem vesikulären Exanthem befindet sich auf der Beugeseite des rechten Armes

eine zirka fünfmarkstückgrofse gerötete und leicht schuppende Partie, die nach Aussage der Patientin drei bis vier Wochen alt sein soll, während die Bläschen vor einigen Tagen erst aufgetreten sind. Das Vorhandensein dieser multiformen Erscheinungen (neben Bläschen schuppende Stellen), das Fehlen jeglichen peripheren Wachstums der Einzeleffloreszenz läfst wohl keinen Zweifel darüber bestehen, dafs es sich hier um ein Ekzem handelt. Gegen ein Artefakt einer Hysterischen, woran man unwillkürlich zuerst denkt, spricht, ganz abgesehen davon, dafs hysterische Stigmata nicht nachzuweisen waren, allein schon der Umstand, dafs die Bläschenreihen nicht aus einer zusammenhängenden Blase, sondern aus Einzelindividuen bestehen. Wie die eigenartige Gruppierung zu erklären ist, welche Momente äufserer oder innerer Natur hierbei mitspielen, vermag ich nicht anzugeben.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie.

Von

Dr. DREUW-Hamburg.

Zur Behandlung der Naevi vasculosi sind eine Reihe von Methoden angegeben worden. In drei Fällen von Naevus vasculosus habe ich seit etwa einem Jahre die von mir angegebene Methode zur Heilung des Lupus, bestehend in vorheriger gründlicher Vereisung und nachfolgender Applikation von Acidum hydrochloricum crud. mit gutem Erfolge angewandt. Es handelte sich um drei erbsen- bis zehnpfennigstückgroſse Naevi, von denen zwei im Gesicht und der dritte auf dem Unterarm ihren Sitz hatten. Die Behandlung bestand in einmaliger gründlicher Vereisung und allerdings energischer Ätzung bis zum Rande hin, so lange, bis eine energische Blutung eingetreten war. Es bildete sich nach einigen Tagen die auch bei der Behandlung des Lupus eintretende Borke, die dann nach 14 Tagen bis drei Wochen abfiel. An Stelle des Naevus tritt zunächst eine intensiv gerötete Stelle, die jedoch nach Verlauf von vier bis sechs Monaten eine schöne weiſse Farbe annimmt. Die nun event. noch vorhandenen oder sich neubildenden strichförmigen Gefäſserweiterungen der Umgebung behandelte ich mit dem UNNAschen Mikrobrenner. Bei gröſseren Naevi habe ich die Methode noch nicht angewandt, jedoch glaube ich, daſs durch successive Behandlung man auch hier Erfolge erzielen wird. Ganz kleine Naevi kann man durch Punktalätzung[1] entfernen.

Zur Behandlung der Trichophytia corporis et barbae, ebenso wie bei chronischen lokalisierten, inveterierten, nicht nässenden Ekzemen bewährte sich vorzüglich der Beiersdorfsche Pflastermull, der die wirksamen Bestandteile meiner Psoriasissalbe:

℞	*Acid. salic.*	10,0
	Ol. rusc. Chrysarob.	āā 20,0
	Sapon. virid. Vaselin.	āā 25,0

enthält. Man läſst den Pflastermull sechs bis acht Tage liegen, da er in dieser Zeit kaum eine Reizung trotz seines hohen Chrysarobin-, Salicyl- und Teergehaltes macht. Selbst in der Nähe des Auges kann man den

[1] Siehe: *Münch. med. Wochenschr.*, 1904, Nr. 15, und *Berl. klin. Wochenschr.*, 1904, Nr. 47.

Pflastermull meist ohne Bedenken, namentlich wenn man ihn mit Leukoplast überschichtet, sechs bis acht Tage lang liegen lassen. In zwei Fällen von Trichophytie am Unterarm konnte ich bereits nach acht Tagen ein Schwinden derselben konstatieren, während bei einer Trichophytie an der inneren Seite des Oberschenkels noch eine zweite Applikation des Pflastermulls sich notwendig erwies. Zwei Trichophytien des Bartes wurden ebenfalls teilweise durch die schon erwähnte Salbe, teilweise durch den Pflastermull geheilt. Zum Schutze überschichtet man im Gesicht am besten den Pflastermull mit Leukoplast. Gereinigt wird die Haut nachher mit Benzin.

Versammlungen.

Kritische Betrachtungen über Wandlungen und Fortschritte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,

angestellt beim zweiten Kongreſs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in München, März 1905,

von Dr. med. Hopf-Dresden.

(Schluſs.)

Den Höhepunkt der im allgemeinen spannenden Verhandlungen dieser Münchener Tagung bildeten unzweifelhaft die Berichte und anschlieſsenden Erörterungen über die zweite Frage der Tagesordnung: **Bordelle und Bordellstraſsen.** Es waren hierüber die offiziellen Berichte übertragen worden an Wolff-Straſsburg, Stachow-Bremen, von Düring-Kiel, Fabry-Dortmund und an zwei Nichtärzte, Rechtsanwalt Hippe-Dresden und Frau Fürth-Frankfurt a. M.

Der erste Referent, Wolff-Straſsburg, bekannte sich, wie schon auf den letzten Kongressen, als energischer Anhänger einer strengen Bordellierung der Prostitution. Er schilderte an der Hand seiner Quellen die Entwicklung der Prostitution in Straſsburg und auf Grund seiner eigenen Erfahrung den Lauf, den die Dinge daselbst in den letzten Jahrzehnten genommen haben. Die Bordelle Straſsburgs sind eine Zeitlang abgeschafft gewesen; da jedoch das Dirnenwesen die öffentlichen Gassen und Plätze in erschreckender Weise zu überfluten begann, sind nicht zum Geringsten auf Ansuchen aus dem Kreise ehrbarer Frauen — die alten Verhältnisse behördlicherseits wieder hergestellt worden, die seinerzeit im Jahre 1800 eingeführt worden waren. Solange gibt es nämlich in Straſsburg öffentliche Häuser. So lange im Lande nicht reglementiert werde, sei die Zahl der venerischen Erkrankungen bei Männern und Weibern gleich hoch. Sobald jedoch eine energische Reglementierung einsetze, sinke die Erkrankungszahl der männlichen Bewohner und zeige sich jene der weiblichen Bevölkerung höher. Die bisherige Reglementierung sei keineswegs resultatlos. Gebe es doch jetzt z. B. seit der Errichtung von entsprechenden Polikliniken und der Einführung ambulatorischer Behandlung der Kranken fast kein kondylomatöses Stadium der Syphilis mehr. Frappierend waren die Zahlenverhältnisse, welche Wolff über die Erkrankungsverhältnisse der Mannschaften der Straſsburger Besatzung gab, und denen er die Morbidität an Syphilis bei der englischen Armee entgegenhielt. Es ergab sich aus den Zusammenstellungen, daſs der letzteren Morbidität an Syphilis ein paar-

Digitized by Google

hundertmal gröfser ist als die der elsässischen Garnison. Das Ulcus molle sei ebenfalls durch die bestehenden Kontrollmafsnahmen im Laufe der Jahre ganz unterdrückt worden. Wolff bekannte sich schliefslich zu folgenden Leitsätzen:

I. Die Urquelle der Syphilis ist immer wieder die Prostitution.

II. Sie mufs, da sie nach Erfahrung aller Zeiten und aller Länder nicht auszurotten ist, so unschädlich wie möglich gemacht werden.

III. Dies geschieht am besten durch die Regelung und Überwachung.

IV. Die beste Überwachung ist die der Kasernierung:

a) sie säubert die Strafse, gestattet
b) die Behandlung der Prostituierten,
c) prophylaktische Mafsregeln, macht
d) das Zuhältertum unmöglich.

V. Neben der Kasernierung mufs die geheime Prostitution verfolgt werden in allen Winkeln und in allen Formen, unter welchen sie sich zeigt.

Stachow-Bremen vertrat durch den Mund Steengrafes-Bremen das System der Kontrollstrafsen, wie es in der Bremer Helenenstrafse in der typischsten Weise ausgebildet ist.

„Eine Reglementierung der Prostitution, wie sie nach den in Bremen üblichen Grundsätzen gehandhabt wird, ist zweckmäfsig in polizeilicher Hinsicht und eine Waffe im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.

Eine Kasernierung der reglementierten Prostitution ist dem zerstreuten Wohnen der Prostituierten vorzuziehen.

Von den Kasernierungssystemen verdienen die Kontrollstrafsen vor den Bordellen den Vorzug.

Der Mangel des Kontrollstrafsensystems ist deren beschränkte Anwendbarkeit."

Bis zum Jahre 1865 hat es in Bremen überhaupt keine irgendwelche Reglementierung der Prostitution gegeben. Der gewerbsmäfsigen Unzucht verdächtige Frauenspersonen mufsten der Polizei ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand einreichen. Als im Beginn der 60er Jahre die venerischen Krankheiten stark überhand nahmen, entschlofs sich die Behörde, die Prostitution nunmehr zu reglementieren. Diese Mafsregeln bestanden in zweimaligen Untersuchungen für die Woche — und zwar wurden dieselben zuerst in den Sprechstunden der Ärzte vorgenommen; erst später fand eine Verlegung der Untersuchungen an einen von der Polizeibehörde zur Verfügung gestellten Ort statt. Die Prostitutierten wohnten in der Stadt verstreut, doch durften in solchen Häusern keine Kinder unter zehn Jahren wohnen. Gleichwohl besserten sich die Verhältnisse bezüglich der Geschlechtskrankheiten und der Gefährdung der öffentlichen Sittlichkeit nicht, so dafs die Behörde 1878 eine Neuregelung der Reglementierung beschlofs, deren Ergebnis die Einführung der erwähnten Bordellstrafse war. Dafs das System der Bordellstrafse nicht überall durchführbar ist, auch wenn sonst der Wille, auf solche Weise die Prostitutionsfrage in einer Stadt zu regeln, vorhanden wäre, gibt Stachow selber zu. Die Bremer Helenenstrafse liegt im Mittelpunkte der Stadt, an einer Hauptverkehrsader, nämlich der Strafse vor dem Steintor, und zweigt rechtwinklig von dieser Strafse ab. Sie bildet eine Sackgasse, welche anfangs nach der erwähnten Strafse offen war, jetzt aber durch einen Torbau mit ihr verbunden beziehentlich von ihr getrennt ist. Der Torbau zeigt eine Einfahrt, durch welche man in die Helenenstrafse hineinblicken kann. Ein Schutzmannsposten ist nachts daselbst postiert, welcher zu einem im Torbau befindlichen Vernehmungszimmer den Schlüssel besitzt. Am Tage befindet sich der Schlüssel in dem nahegelegenen Distriktsbureau. Die Helenenstrafse weist 26 Häuser auf und gehört einem und demselben Bauunternehmer. Nur dieser Umstand bot seinerzeit d e

den Plan der Bordellstraße zur Durchführung zu bringen. Die Häuser bestehen aus Unter-, Erdgeschoß sowie einem ersten Stock. Jedes Haus bietet Wohnungen für drei Prostituierte, deren jede ein Stockwerk bewohnt. In einem der Häuser befindet sich eine Badeanstalt und die Untersuchungsräume. Die Behörde verweist kein Mädchen zwangsweise in diese Bordellstraße, sie stellt sie nur auf ihren Antrag unter Kontrolle und weist sie in die Helenenstraße ein. Ehefrauen und Mädchen unter 18 Jahren werden nicht unter Kontrolle gestellt. Zweimal wöchentlich finden ärztliche Untersuchungen statt, über welche Buch geführt wird. Jede zu Untersuchende muß ihren eigenen Celluloidmutterspiegel in gereinigtem Zustande mitbringen. Für die Bewohnerinnen der Bremer Bordellstraße bestehen polizeiliche Verordnungen und ferner folgende sogenannte Badevorschriften. Der Wichtigkeit halber seien beide Reglements hier wörtlich wiedergegeben:

„§ 1.

Den unter Kontrolle gestellten Frauenzimmern ist verboten:

a) auf der Straße oder an sonstigen öffentlichen Orten oder in öffentlichen Lokalen oder von ihren Wohnungen aus Männer durch Worte, Winke, Zeichen oder andere Kundgebungen, z. B. Aufstellung von brennenden Lampen oder Licht in ihren Wohnungen, anzulocken;

b) auf der Straße oder an sonstigen öffentlichen Orten oder in öffentlichen Lokalen sich auffällig bemerkbar zu machen, insbesondere auch durch Verweilen in ihrer Haustür, in den Veranden oder Vorgärten oder vor ihrer Wohnung, oder vor der Wohnung einer anderen Prostituierten;

c) nach dem Eintritt der Dunkelheit außerhalb ihrer Wohnung sich aufzuhalten;

d) die Haustüren offen oder ihre Fenster in der Weise unverhängt zu lassen, daß der Einblick in das Innere der Wohnung ermöglicht wird;

e) es geschehen zu lassen, daß ihre Aufwärterinnen in den Veranden oder in den Vorgärten vor ihren Wohnungen oder in der Haustür derselben verweilen oder Männer auf irgendeine Weise anlocken, sowie daß in den Veranden oder Vorgärten ihrer Wohnungen Vorkehrungen zum Sitzen (Bänke, Stühle oder dergl.) oder Tische vorhanden sind;

Handlungen dieser Art von seiten der Aufwärterinnen werden als mit ihrem, der Prostituierten, Vorwissen geschehen angesehen.

f) die in den öffentlichen Lokalen vorhandenen besonderen Zimmer mit Männern zu besuchen, überhaupt sich den Männern ungebührlich aufzudrängen;

g) in der Stadt Bremen anderswo als in den mit Genehmigung der Polizei von ihnen bezogenen Wohnungen zu logieren oder zu übernachten;

h) die Wohnungen solcher Personen zu betreten, die der Kuppelei verdächtig oder wegen dieses Vergehens bereits bestraft sind;

i) zur Aufwartung oder zu sonstigen Dienstverrichtungen minderjähriger oder solcher Personen sich zu bedienen, welche ihnen hierzu von der Polizeidirektion als ungeeignet bezeichnet sind, sowie überhaupt solchen Personen den Aufenthalt in ihrer Wohnung zu gestatten;

k) die hiesigen Theater und Krankenanstalten sowie Maskenbälle ohne besondere Erlaubnis zu besuchen;

l) mit Schülern oder anderen unerwachsenen männlichen Personen in irgendeiner Weise in Verbindung zu treten;

m) mit Zuhältern, mit Personen, die als der Zuhälterei verdächtig ihnen bezeichnet werden, und mit solchen Personen, denen das Betreten der Helenenstraße polizeilich verboten ist, in irgendwelche Verbindung zu treten oder mit ihnen in Verkehr zu stehen, namentlich auch aus ihren Mitteln dieselben ganz oder teil-

weise zu unterhalten, oder sie zu beschenken, sowie mit ihnen öffentliche Lokale zu besuchen;

n) an die sie besuchenden Männer Wein, Bier oder Spirituosen zu verabreichen, sowie ferner Waren und sonstige Gegenstände nach 9 Uhr abends sich holen oder bringen zu lassen;

o) sich in irgendwelcher Weise der bestehenden Kontrolle vorsätzlich zu entziehen;

p) in Wagen zu fahren, deren Verdecke nicht völlig geschlossen sind;

q) in der Wohnung einer anderen Prostituierten ihre Mahlzeiten einzunehmen oder mit einer Prostituierten, die in einem anderen Hause wohnt, eine Wärterin gemeinschaftlich zu haben;

r) Hunde oder Katzen zu halten;

s) in den Wagen der Strafsenbahnen, den Linienwagen und ähnlichen öffentlichen Personenfuhrwerken zu fahren;

t) den Bürgerpark oder die Wallanlagen zu betreten;

u) in den Badeanstalten andere als für einzeln Badende eingerichtete Kabinette, namentlich die Schwimmbassins zu benutzen;

v) nach 9 Uhr abends sog. Wachtfrauen zu halten oder die Wartefrauen noch in ihrer Wohnung zu dulden;

w) aufserhalb ihrer Wohnung auffällige Kleidung zu tragen;

x) anders als einzeln und im vollständigen Strafsenanzuge die Helenenstrafse zu verlassen oder sich in den Strafsen zu bewegen;

y) die Gast- und Schankwirtschaften, welche in demjenigen Teile der Vorstadt liegen, welcher von der Weser, dem Stadtgraben bis zum Bischofstor, der Remberti-strafse, der Strafse aufser der Schleifmühle, Schwachhauser Chaussee, Uhlandstrafse, Moltkestrafse, Bismarckstrafse, St. Jürgenstrafse, Strafse am schwarzen Meer und Sorgenfrei eingeschlossen wird, zu besuchen;

z) sich ungebührlich den Polizeibeamten gegenüber zu benehmen.

§ 2.

Jede unter Kontrolle gestellte Person ist verpflichtet, in der Helenenstrafse in dem ihr vom Hauseigentümer angewiesenen Hause und Stockwerk Wohnung zu nehmen, ferner vor jedem auch nur vorübergehenden Verlassen hiesiger Stadt, sofern die Abwesenheit länger als zwölf Stunden dauert, sich im Stadthause persönlich abzumelden, sowie nach erfolgter Rückkehr sich innerhalb zwölf Stunden daselbst persönlich wieder anzumelden.

Desgleichen ist jeder Wohnungswechsel in der Helenenstrafse binnen zwölf Stunden bei der Polizeidirektion anzumelden.

§ 3.

Zur Verhütung der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten findet eine regelmäfsige ärztliche Untersuchung statt, zu welcher jede unter Kontrolle gestellte Person sich einzufinden hat. — Bis auf weiteres ist dazu der Mittwoch und der Sonnabend jeder Woche, morgens 10 Uhr, im Hause Helenenstrafse 26 bestimmt. Pünktliches Erscheinen wird zur besonderen Pflicht gemacht.

Verhinderung durch Krankheit ist sofort durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Die Kosten der Untersuchungen müssen die Prostituierten selbst bezahlen. Jede an sich wahrgenommene Krankheit, sei dieselbe syphilitisch oder nicht, hat sie sofort einem der Polizeiärzte anzuzeigen.

§ 4.

Bei wahrgenommener moralischer Umkehr und dem Nachweise eines reellen Broterwerbes wird die verhängte Kontrolle wieder aufgehoben werden.

Bremen, den 11. Oktober 1900. Die Polizeidirektion.

Verordnung über die Benutzung der Badeanstalt im Hause Helenenstrafse 26.

A. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Die Badeanstalt darf nur von den in der Helenenstrafse wohnhaften Prostituierten benutzt werden.

§ 2. Männlichen Personen ist der Zutritt zur Anstalt verboten.

§ 3. Die Regelung der Badezeit bleibt bis auf weiteres dem Übereinkommen zwischen dem Besitzer der Anstalt und den in der Helenenstrafse wohnhaften Prostituierten überlassen; jedoch mufs die Anstalt unter allen Umständen bei Eintritt der Dunkelheit geräumt und gereinigt werden.

An den Tagen der Untersuchung der Prostituierten, Mittwoch und Sonnabend jeder Woche, darf nur während der Vormittagsstunden vor der Untersuchung[1] gebadet werden.

§ 4. Die Dauer eines Bades einschliefslich des Aus- und Ankleidens darf eine halbe Stunde nicht überschreiten.

§ 5. Der Preis für ein Bad einschliefslich der Überlassung von zwei Handtüchern zum Abtrocknen beträgt Mk. 0,50.

§ 6. Die Wärme des Badewassers darf niemals 37° C. übersteigen.

B. Besondere Bestimmungen für die Prostituierten.

§ 7. Die Prostituierten dürfen die Anstalt nur in anständigem Strafsenanzuge aufsuchen.

§ 8. Sie haben sich während ihres Aufenthalts in der Anstalt ruhig, verträglich und anständig zu betragen.

§ 9. Sie haben sich wenigstens an jedem Mittwoch und Sonnabend zu baden, und zwar zu der vom Besitzer der Anstalt am Tage zuvor ihnen schriftlich angegebenen Zeit.

Erst nach dem Bade dürfen sie zur ärztlichen Untersuchung erscheinen.[2]

C. Besondere Bestimmungen für den Besitzer der Anstalt.

§ 10. Der Besitzer der Anstalt hat zu bestimmen, in welcher Reihenfolge die Prostituierten an den Untersuchungstagen baden sollen; er hat jeder einzelnen Prostituierten am Tage zuvor schriftlich anzuzeigen, zu welcher Zeit sie am folgenden Untersuchungstage zu baden hat.

§ 11. Die Bedienung der Badenden und der ganzen Badeeinrichtung, abgesehen vom Heizkessel, darf nur durch zuverlässige, von der Polizeidirektion zugelassene weibliche Personen erfolgen, welche mit der Handhabung sämtlicher Einrichtungen vertraut sein müssen.

§ 12. Die Bedienung der Kesselanlage darf nur durch eine von der Polizeidirektion zugelassene männliche Person erfolgen. Die von der Heizanlage zum Baderaum führende Tür mufs während der Badezeit stets verschlossen gehalten werden und der zu dieser Tür gehörige Schlüssel im Gewahrsam der Wärterin sein.

§ 13. Während des Badens mufs die Anstalt stets abgeschlossen sein und der Schlüssel sich im Gewahrsam der Wärterin befinden.

---

[1] Anm. der Redaktion: Diese Mafsregel, die Prostituierten vor der ärztlichen Untersuchung baden zu lassen, halten wir für sehr verfehlt, da durch das Baden event. Sekrete entfernt und der ohnehin manchmal recht schwierige Gonokokkennachweis aufserordentlich erschwert wird.

[2] S. die vorherige redaktionelle Bemerkung.

Digitized by Google

§ 14. Nach Schlufs der Badezeit sind sämtliche Bade- und Ankleideräume gründlich zu reinigen. Die Wärterin hat alsdann die Anstalt abzuschliefsen und den Schlüssel an den Besitzer der Anstalt abzuliefern.

D. Schlufsbestimmungen.

§ 15. Ein Abdruck dieser Bestimmungen ist in der Badeanstalt an ins Auge fallender Stelle so aufzuhängen, dafs er gelesen werden kann.

§ 16. Zuwiderhandlungen der Prostituierten gegen diese Bestimmungen werden gemäfs § 361,₆ des Strafgesetzbuches mit Haft bestraft.

Bremen, den 15. Juni 1903. Die Polizeidirektion.

Stachow ist der Ansicht, dafs das Bremer Überwachungssystem von gutem Erfolge ist. Die Kasernierung hat den Vorzug vor anderen Methoden, dafs die polizeiliche und gesundheitliche Überwachung der Mädchen eine leichte ist, ganz abgesehen, dafs sie das Zuhältertum fast gänzlich ausschliefst; aufserdem wird dadurch die Stadt vor dem Durchfluten seitens des verstreut wohnenden Dirnenkreises bewahrt. Läfst sich aber, so möchten wir fragen, in anderen Städten das System der Bordellstrafse so ohne weiteres durchführen? Wo kommt der Fall wieder vor, dafs ein Bauunternehmer eine ganze ihm gehörende Strafse, die zudem entsprechend gelegen sein müfste, der Behörde zu obigem Zwecke anbietet? Die Behörde selber kann doch solche Strafsen nicht auf eigene Hand bauen. Gewifs wird die Überwachung der Prostituierten in einer solchen Strafse grofse hygienische Vorzüge haben, aber dafs dieselben keine Tabula rasa auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten der sich überhaupt prostituierenden Frauenwelt darstellen können, liegt auf der Hand. In dieser Richtung berührte es mich eigenartig, dafs nach meiner Rückkehr aus München einer der ersten Fälle von frischer Blennorrhoe einen jungen Mann betraf, der sich seine Ansteckung zweifellos in der Bremer Helenenstrafse zugezogen hatte.

Fabry-Dortmund ist ebenfalls ein Anhänger der Kasernierung. Das Bordell im eigentlichen Sinne ist dem Gesetze nach verboten. Auch glaubt Fabry, dafs das Bordell schon aus dem Grunde nicht empfehlenswert sei, um nicht die Bordellbewohnerinnen wehr- und schonungslos der Ausbeutungswut der Inhaber auszusetzen, ferner um nicht das Hereinlocken in ein solch sklavisches Verhältnis zu fördern. Dem Freiwohnen der Dirnen, wie es in Städten wie Berlin, Cöln, Düsseldorf und Aachen üblich ist, haften nach Fabry grofse Nachteile an. Die gesundheitliche Kontrolle wird dabei erschwert und verteuert. Das Herumstreifen der Mädchen auf den belebtesten Strafsen, besonders am Abend zu den Zeiten des stärksten Verkehrs, vergiftet das öffentliche Leben und dient als stete Anreizung und Verführung. Die Sitten werden gelockert und auch ehrbare Frauen belästigt. Infolge der erschwerten sanitären Beobachtung vermehren sich die Geschlechtskrankheiten unter den Dirnen und deren Kunden, indirekt aber werden die Leiden auch auf Unschuldige und Kinder übertragen. Nebenbei wird aber neben der Krankheit auch das Laster auf Dritte übertragen und das Zuhältertum wächst beängstigend. Alle jene Städte, welche das Eindämmen der Prostitution auf bestimmte Strafsen eingeführt haben, halten an ihm fest und würden es nicht wieder preisgeben, und zwar aus den eben genannten Gründen. Die erschwerenden Umstände für die Einführung dieses Systems der Dirnenkontrolle liegen darin, dafs für grofse Städte sich kaum genügend viel solcher Prostituiertenstrafsen würden auftreiben lassen; wird doch dabei aufserdem eine zentrale Lage solcher Gassen möglichst ganz zu verwerfen sein. Wenn Fabry jedoch die Verlegung dieser Prostituiertengassen in die äufseren Stadtviertel verlegen will, so wird dem entgegenzuhalten sein, dafs damit das Gift der Prostitution ausschliefslich mit der Vorortsbevölkerung in Berührung kommt, also den ärmeren Kreisen, in denen die Beaufsichtigung der Kinder ja so wie so eine ungenügende ist und die Besudelung der

Digitized by Google

Seelen der Jugend durch die Prostitution dringend zu befürchten ist. In Dortmund ist den Dirnen seitens der Polizei schon seit Jahren eine bestimmte Strafse angewiesen, zuerst die mehr im Mittelpunkt der Stadt gelegene Marschallstrafse, neuerdings die etwas weiter aufserhalb liegende Mozartstrafse. Auch das Lokal, in dem die Mädchen wöchentlich zweimal untersucht werden, liegt ganz in der Nähe. Fabry kommt aus allen diesen Erwägungen heraus zu folgenden Leitsätzen:

I. Bordelle im alten oder weiteren Sinne sind gesetzlich unstatthaft; schon aus diesem Grunde ist diese Einrichtung unmöglich, ganz abgesehen von den oben erwähnten Bedenken sozialer und moralischer Natur.

II. Das Zerstreutwohnen der Prostituierten hat eine grofse Anzahl wohl allgemein anerkannter Bedenken und Nachteile und ist zu verlassen.

III. Von allen Systemen bietet das der Kasernierung bei weitem am meisten Vorzüge, und es ist die allgemeine Einführung dieses Systems einheitlich in allen gröfseren Städten erstrebenswert.

IV. Wünschenswert wäre es, wenn Staat und Gesetzgebung hierfür die gesetzliche Grundlage gäbe derart, dafs allenthalben das Zerstreutwohnen der Prostituierten nicht mehr zu gestatten sei.

V. Die Einführung der Kasernierung setzt, soll es vermieden werden, dafs jüngere Mädchen, die noch zu retten und zu bessern sind, ganz dem Elend preisgegeben werden, voraus, dafs das Fürsorgewesen gut organisiert ist und gut funktioniert. Zu einer guten Organisation gehört, dafs die Vereine auch in der Lage sind, den Mädchen längere Zeit Unterkunft und Beschäftigung zu geben; zu einer guten Funktion, dafs alle in Frage kommenden Instanzen, die Behörden, die Ärzte und die Frauenfürsorgevereine, von denselben Idealen getragen und geleitet, zusammenwirken und sich gegenseitig unterstützen.

VI. Unter diesen Voraussetzungen bietet die Kasernierung die besten Handhaben zur weiteren Einschränkung der Prostitution überhaupt, indem sie helfend einspringt, wo in der Tat noch zu retten ist, bei dem jüngeren Nachwuchs der Prostitution und solchen Mädchen, die in Gefahr sind, nicht durch eigenes Verschulden dauernd dem Laster der Prostitution zum Opfer zu fallen.

VII. Die allgemeine Durchführung der Kasernierung in allen Grofsstädten gewährleistet allein eine genaue Beaufsichtigung in polizeilicher und nach der hygienischen Seite bezüglich Ab- oder Zunahme; sie entlastet die Polizeibehörde dahin insbesondere, dafs sie Zeit und Arbeitskräfte gewinnt, der clandestinen Prostitution gröfsere Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Bordellfrage vom Standpunkte des Juristen behandelte Rechtsanwalt Hippe-Dresden in ausführlicher Weise, allerdings unter heftigen Angriffen von verschiedenen Seiten, da seine Ansichten in vielen Punkten mit der Moral in bösen Konflikt kamen. Aus dem erstatteten Bericht ist eine Übersicht von Interesse, welche erkennen läfst, wie sich die verschiedenen Kulturstaaten der Prostitution und der Kuppelei gegenüber in ihren Gesetzen verhalten. In Österreich ist die letztere nur als Übertretung jedoch bei Verführung Unschuldiger oder wenn Eltern, Vormünder oder Lehrer die Schutzbefohlenen verkuppeln, als Verbrechen anzusehen. In den Niederlanden wird die Kuppelei nur im Falle, dafs Minderjährige betroffen werden oder wenn Eltern oder Vormünder die Tat begehen, strafbar. In Norwegen ist das Halten von Bordellen strafbar, ebenso die gewerbsmäfsige Unzucht an sich. In England bedroht das Strafrecht das Halten von „unordentlichen Häusern", wozu Bordelle und selbst einzelne der Prostitution dienende Zimmer gehören, mit Strafe. Die Kuppelei ist bedingt strafbar, besonders wenn Minderjährige als Kuppelobjekte in Frage kommen. Die Kuppelei wird ferner von den Strafgesetzen Griechenlands,

Digitized by Google

Rumäniens, Serbiens, Bulgariens und der Türkei in fast gleicher Weise geahndet. In Japan wird jeder, der Personen unter 16 Jahren verführt oder ihre Verführung vermittelt, bestraft. Auch die Hergabe von Räumen zu Prostitutionszwecken und das gewerbsmäfsige Sichpreisgeben ohne polizeiliche Genehmigung ist strafbar. Wer in China unzüchtigen Verkehr vermittelt, verfällt ebenso seinen 80—100 Stockschlägen wie derjenige, welcher selber Unzucht treibt. In seinen weiteren Ausführungen kommt Hippe zur Kritik des § 180 des Strafgesetzbuches. Zum besseren Verständnis seien § 180 und § 181 im Wortlaut noch einmal hier abgedruckt:

§ 180. „Wer gewohnheitsmäfsig oder aus Eigennutz durch seine Vermittelung oder durch Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis nicht unter einem Monate bestraft; auch kann zugleich auf Geldstrafe von einhundertfünfzig bis zu sechstausend Mark, auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann die Gefängnisstrafe bis auf einen Tag ermäfsigt werden.“

§ 181. Die Kuppelei ist, selbst wenn sie weder gewohnheitsmäfsig noch aus Eigennutz betrieben wird, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren zu bestrafen, wenn

1. um der Unzucht Vorschub zu leisten, hinterlistige Kunstgriffe angewendet werden, oder
2. der Schuldige zu der verkuppelten Person in dem Verhältnisse des Ehemanns zur Ehefrau, von Eltern zu Kindern, von Vormündern zu Pflegebefohlenen, von Geistlichen, Lehrern oder Erziehern zu den von ihnen zu unterrichtenden oder zu erziehenden Personen steht.

Neben der Zuchthausstrafe ist der Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auszusprechen; auch kann zugleich auf Geldstrafe von einhundertfünfzig bis zu sechstausend Mark sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden.

Sind im Falle des Abs. 1 Nr. 2 mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe ein, neben welcher auf Geldstrafe bis zu dreitausend Mark erkannt werden kann.

§ 181a. Eine männliche Person, welche von einer Frauensperson, die gewerbsmäfsig Unzucht treibt, unter Ausbeutung ihres unsittlichen Gewerbes ganz oder teilweise den Lebensunterhalt bezieht, oder welche einer solchen Frauensperson gewohnheitsmäfsig oder aus Eigennutz in bezug auf die Ausübung des unzüchtigen Gewerbes Schutz gewährt oder sonst förderlich ist (Zuhälter), wird mit Gefängnis nicht unter einem Monate bestraft.

Ist der Zuhälter der Ehemann der Frauensperson, oder hat der Zuhälter die Frauensperson unter Anwendung von Gewalt oder Drohungen zur Ausübung des unzüchtigen Gewerbes angehalten, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter einem Jahre ein.

Neben der Gefängnisstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht sowie auf Überweisung an die Landespolizeibehörde mit den im § 362 Abs. 3 und 4 vorgesehenen Folgen erkannt werden.

Hippe verweist auf den Widerspruch zwischen den Tatsachen, dafs in Deutschland zwar die Unzucht straffrei bleibt, dafs ihre gewohnheitsmäfsige Ausübung aber der Strafe verfällt. Der Staat könne nicht das Leben auf allen seinen Gebieten und Äufserungen selber regeln; zu den Domänen, bei welchen man gerne auf diese staatliche Regelung verzichte, gehöre die öffentliche Moral, die vielfach mit der geschlechtlichen Sittlichkeit gleichgesetzt werde. Der Staat solle sich nicht in den Streit der Bevölkerung mischen, was Moral sei und was nicht. Nicht jede staatlich gebilligte Handlung sei an und für sich moralisch. Nicht von jeder Ehe, die auf dem Standesamt geschlossen werde, könne man dies behaupten. Nicht jeder aufsereheliche Verkehr

Digitized by Google

könne man als unsittlich ansehen. In dieser Hinsicht sei es nicht zu billigen, daſs eine kleine Minderheit — gemeint dürften hier von HIPPE sein die Anhänger der Sittlichkeitsbewegung und der gröſste Teil des Anhangs der Frauenbewegung — ihre engen Anschauungen von Sittlichkeit einem sechzig Millionenvolke auferlegen wolle. Es folgten Erörterungen über die Macht der Tatsachen, welche uns zwingen, anzuerkennen, daſs von allen geschlossenen Ehen in nicht dem zehnten Teil völlige Enthaltsamkeit vom auſserehelichen Verkehr vor der Eheschlieſsung oder innerhalb der Dauer der Ehe besteht. Die Konsequenzen, zu denen sich HIPPE verleiten läſst und seine Begründungen sind jedenfalls nicht landläufig. „Nicht das Glück der Ehe miſsgönnt man den jungen Leuten" — so fährt der Berichterstatter fort — „was man ihnen nicht gönnt, sind die Sorgen, die viel zu früh und unnötigerweise kommen.

Der Widerstreit zwischen unserer offiziellen und privaten Moral rührt daher, daſs wir die Beobachtung von Sittengesetzen verlangen, die eine verschwindend kleine Minderheit aufgestellt hat, ohne sich durch die Macht der Tatsachen belehren zu lassen, daſs man Unerfüllbares verlangt.

Nicht dadurch beseitigt man die Schwierigkeit, daſs man sagt, man müsse die Menschen nicht nehmen, wie sie sein sollten, sondern wie sie seien. Vielmehr sind die Menschen so, wie sie sein sollen, wie sie die Natur gewollt hat. Wir haben kein Recht, von einem voreingenommenen Standpunkte aus die Werke der Schöpfung zu kritisieren.

Nicht tolerant um der menschlichen Schwäche willen brauchen wir zu sein. Wir wollen es vielmehr begrüſsen, daſs sich die menschliche Stärke immer wieder und durch alle Vorurteile und Irrtümer hindurch emporringt.

Und noch einen Schritt weiter.

Der Staat hat geradezu ein Interesse daran, den auſserehelichen Verkehr nicht zu erschweren.

Es wurde versucht, zu zeigen, daſs allzu frühe Ehen unreifer Menschen dem Staate keineswegs dienlich sind. Man lasse ihnen den auſserehelichen Verkehr, solange die Sehnsucht nach der Ehe, die ohne äuſseren Zwang bald genug kommen wird, noch nicht da ist. Und man lasse die Liebe auch denen, die an eine Ehe überhaupt nicht denken. Welchen Grund hat der Staat, die eine Quelle des höchsten Glücks, die Menschen suchen werden, solange Menschen sind, zu verschlieſsen?

Der Staat hat gar keine Ursache, die Unzufriedenheit, die heute leider schon genug verbreitet ist, zu mehren. Man beklagt sich — ob mit Recht oder Unrecht — schon zu sehr, wie oft der Staat einschreitet, wo es vermeidbar erscheint. Was die Kirche schon lange eingesehen hat und klug für sich zu verwerten weiſs, das sollte nun endlich auch der Staat lernen — daſs er und seine Einrichtungen gar nicht Vertrauen und Liebe genug besitzen können. Und durch nichts können solche leichter verscherzt werden, als durch das fortwährende Eingreifen und Regeln und Ordnen bei Dingen, die besser und sicherer die Natur ordnet. Auch für den Staat gibt es Fragen des Takts und der Diskretion — Fleiſs und guter Wille tun es nicht allein.

Glaubt der Staat, an der Volksvermehrung ein Interesse zu haben, so braucht er den auſserehelichen Verkehr nicht zu hindern; wenn nicht, so muſs er die Abtreibung straflos lassen und braucht sich der auſserehelichen Kinder nicht anzunehmen."

Jedenfalls könne der Staat, wenn er wirklich den extramatrimoniellen Verkehr treffen wolle, der Strafe jedenfalls entbehren. Die Strafe gelte ihm als ein Gegenmotiv, ihre Androhung solle die Menge vor Begehung eines Delikts warnen. Eine Läuterungs- und Besserungsabsicht wohne der Strafe ohne weiteres nicht bei. Der

Digitized by Google

Staat verhänge die Strafe zur besseren Leitung seiner Bürger. Je weniger und je leichtere Strafen ein Staat besitze, um so geringer sei die Zahl der Verbrechen innerhalb seines Bannkreises.

„Wenn ein Paar dazu entschlossen ist, „Unzucht“ zu begehen, so wird es das tun, und, wenn man ihm den Raum dazu verweigert, sich in öffentliche Anlagen, in den Wald, unter Brückenbögen oder sonstwohin flüchten. Es ist widersinnig, dem Manne den Geschlechtsverkehr in der eigenen Wohnung freizustellen, aber den Wirt oder Kellner, der dem Paare ein Zimmer anweist, zu bestrafen. Speziell zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten — und diese liegt doch wohl im Staatsinteresse — mufs man es wünschen, dafs die Liebe nicht in die Öffentlichkeit hinausgedrängt werde, wo sie sich scheu verbergen mufs und, weil Zeit und Ort es nicht erlauben, alle Vorschriften der Hygiene, deutlicher gesagt, der Reinlichkeit, ignoriert.

Gerade darin liegt die Gefahr für den Staat. Die grofsen Kuppler, die Jugend, die Schönheit, den Frühling und die Sonne, kann man nicht fassen; und nachdem diese ihr Werk vollendet haben, bestraft man den, der einen Raum gibt für eine Handlung, die ins Innere des Hauses gehört und nirgends anders hin.“

Was die Frage betrifft, wie die Prostitution, die doch ein untrennbares Attribut des aufserehelichen Geschlechtsverkehr ist, zu regeln sei, so bekennt sich Hippe als warmer Anhänger des Bordells, das er in unzähligen Städten studiert habe und als das beste Reglementierungsverfahren ansehe. Wenn er sich übrigens auf Kampffmeyer stützt, der angibt, dafs heutzutage Bordelle in Hamburg, Mainz, Magdeburg, Altona, Nürnberg, Bamberg, Braunschweig, Metz, Worms, Freiburg i. B., Würzburg, Kiel, Leipzig und Regensburg bestehen, während die Prostitution wenigstens kaserniert sei in Altona, Kiel, Bremen, Düsseldorf, Halle a. S., Posen, Krefeld, Lübeck, Pforzheim, Hildesheim, Gera, Halberstadt, Karlsruhe und Strafsburg, so bedaure ich, dafs er nicht auch die ihm doch naheliegenden Verhältnisse von Dresden herangezogen hat. Es gibt hier — und in anderen Orten wird es wohl nicht besser sein — de iure keine öffentlichen Häuser mehr, wohl aber bestehen sie noch de facto, wie ich beweisen kann. Es gibt hier aufserdem sowohl die von Stachow empfohlene Bordellstrafse, als auch das freiwohnende, zerstreut untergebrachte Prostituiertentum. Doch das nur nebenbei! Hippe hält am Bordell den Namen für das Schlimmste. Dafs die Frauen in Rücksicht auf die sittliche Würde des weiblichen Geschlechts das öffentliche Haus bekämpfen, sei erklärlich. Sie vergäfsen aber den grundsätzlichen Unterschied im Körper des Mannes und des Weibes, welcher es dem letzteren gestatte, die physiologische Funktion des Beischlafs beliebig oft, ja ohne sinnliche Erregung zu vollziehen. Dafs die Verlockung bestehen bleiben werde, diesen Umstand auszunützen, um vom Manne, dem ein Bedürfnis zum Verkehr von Natur aus innewohne, Geld zu verdienen, sei nicht zu verkennen. Lasse man der Natur ihre Befriedigung. Die Aufgabe des Staates sei einzig die, dafs diese Befriedigung in Häusern erfolge, die für dieses Gewerbe bestimmt sind. Ferner habe man von den dies Gewerbe Ausübenden Bürgschaften für ihre Gesundheit zu fordern. Hippes Leitsätze lauteten folgendermafsen:

1. Der § 180 des Deutschen Strafgesetzbuches in seiner heutigen ungeeigneten Fassung ist eine der unzweckmäfsigsten und schädlichsten Bestimmungen, die wir haben. Er bedroht zum Teil Handlungen, an deren Bestrafung der Staat nicht das mindeste Interesse hat; er bedeutet einen unbegründeten Eingriff in die persönliche Freiheit des Einzelnen, eine ständige Gefahr für ganz ehrenwerte Berufsklassen (Hotelbesitzer und andere), eine völlig unnötige Belastung der so wie so schon mit Arbeit überhäuften Strafbehörden. Er erschüttert die Achtung vor der ganzen Strafrechtspflege, weil zwischen dem tatsächlich bestehenden Zustande der Duldung der

Prostitution, deren Unvermeidbarkeit der Gesetzgeber selbst durch § 361, Nr. 6 anerkennt, und der strafrechtlichen Behandlung dieser Duldung ein fortdauernder Widerspruch besteht. Er ist insbesondere für die Polizei eine Quelle fortwährender Verlegenheiten, weil diese als Sanitätspolizei die Vermieter dulden, als Kriminalpolizei anzeigen mufs.

2. Eine völlige Abschaffung des § 180 (und des § 181, der erschwerte Fälle enthält) wäre vom Standpunkte des Kriminalpolitikers als bedenklich nicht zu bezeichnen.

3. Da aber keine Aussicht für eine völlige Abschaffung besteht, so ist zu mindesten zu fordern, dafs das Anwendungsgebiet des § 180 eingeschränkt werde. Dies würde durch folgende Fassung erreicht werden:

„Wer aus Gewinnsucht durch seine Vermittlung der Unzucht Vorschub leistet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis bestraft. Auch kann zugleich auf Geldstrafe bis zu 6000 Mark, auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden.

Auf Inhaber öffentlicher Häuser, die von der Polizei genehmigt sind, sowie deren Beauftragte finden die Bestimmungen dieses Paragraphen keine Anwendung, insoweit die Vermittlung sich auf derartige Häuser bezieht."

Aus § 181 wäre der Nebensatz: „selbst wenn sie weder gewohnheitsmäfsig noch aus Eigennutz betrieben wird" zu streichen.

Ganz andere Wege wandelt von Düring-Kiel, der sich offen und energisch unter dem Beifall des Kongresses gegen das Bordellwesen wendete und einen weiteren Beweis dafür erbrachte, dafs das System des öffentlichen Hauses auch in den Kreisen der ernstesten Fachmänner, auch unter jenen, die sich mit der Frage der Prostitution schon jahre- und jahrzehntelang beschäftigt haben, immer mehr an Boden verliert, immer mehr Anhänger und Verteidiger einbüfst.

von Düring gesteht es, und das will bei seiner Stellung etwas bedeuten, rund heraus zu, dafs er ein Gegner der Reglementierung ist. Gesichtspunkte des Rechts, der Sittlichkeit, der Ethik und der Hygiene drängen ihn zu diesem Standpunkt, den er mit dem vielerfahrenen Blaschko und anderen hervorragenden Kennern der ganzen Frage teilt. Keine Reglementierung sei jedenfalls dem Bestehenden vorzuziehen. Auch von Neissers rein sanitären Kommissionen verspreche er sich nicht viel. Sollte durch die Errichtung von Bordellen, so argumentiert Düring weiter, ein Bedürfnis gedeckt, die Prostitution auf bestimmte Häuser beschränkt und wirklich aus der Öffentlichkeit gebannt werden, sollte ferner durch sie — vielleicht bei verbesserter Überwachungs- und Untersuchungsart — die Infektionsmöglichkeit auf ein Mindestmafs beschränkt werden, so könnte der Staat die Berechtigung des Bordells wohl anerkennen. Alles dies ist aber nicht der Fall, wie aus Dürings Leitsätzen hervorgeht:

„Ein Bedürfnis für Bordelle liegt durchweg nicht vor. Wenn es keinen anderen Beweis dafür gäbe, so zeigt das Zurückgehen der Zahlen dieser Häuser da, wo sie gestattet sind, die lächerlich niedrige Zahl der in den Bordellen untergebrachten Weiber im Verhältnis zur Zahl der Gesamtprostitution, die Klasse von Besuchern, die in den Bordellen hauptsächlich verkehren, dafs die Bordelle kein Bedürfnis sind.

Die Bordelle, gerade wegen ihrer geringen Zahl und wegen der geringen Zahl der in ihnen untergebrachten Mädchen im Verhältnis zur Gesamtprostitution in Städten wie Paris, Hamburg, Bremen, Kiel, können irgendwelchen fühlbaren Einflufs auf die Säuberung der Strafsen, Häuser, Familien von der Prostitution nicht haben. Da die Polizei stets und überall nur einen geringen Teil der Prostitution fafst und fassen kann, ist es eine aufserordentliche, von der Praxis überall Lügen gestrafte

Selbsttäuschung, wenn man aus der Einrichtung der Bordelle einen irgendwie sittenverbessernden, die Vergiftung verhindernden Einfluſs erhofft.

In vielen Menschen erweckt die Duldung oder Begünstigung der Bordelle durch den Staat den Gedanken, daſs in diesen Häusern eine gewisse Gewähr gegen die Ansteckung gegeben sei. Diese Gewähr kann aber der Staat keineswegs geben. Die Gefahr, in den Bordellen angesteckt zu werden, ist nach Ansicht aller Urteilsberechtigten durchaus nicht gering, nach Ansicht vieler sogar bedeutend gröſser als irgendwo sonst.

Die Duldung von Bordellen ist ungesetzlich.

Die Bordelle wirken geradezu anreizend, Gelegenheit machend auf die Männer, und zwar gerade auf unreife und durch Alkohol in ihrer Zurechnungsfähigkeit beschränkte; sie sind Brutstätten der geschlechtlichen Perversitäten.

Die Bordelle sind, abgesehen von der Sklaverei, in der die Bordellmädchen leben, für die letzteren in gesundheitlicher und moralischer Beziehung von so furchtbaren Folgen, daſs Staat und Gesellschaft nie die Hand zu dieser unbedingten unrettbaren Vernichtung von Mitmenschen bieten dürfen. —

Zweifellos besteht in fast allen Städten eine Abnahme der öffentlichen Häuser und deren Insassinnen. Es erklärt sich dies aus mancherlei Ursachen, nicht zum mindesten, daſs auch sie von der jeweiligen Mode abhängig sind. Die allgemeine Lage des Volkes hat sich gebessert und der Mann ist eher imstande, als er es früher war, für die sexuelle Seite seines Lebens Aufwendungen zu machen, die ihm andere Quellen erschlieſsen als das Bordell. Auch ist der Anspruch des Mannes gewachsen, der zur Befriedigung seines Geschlechtsbedürfnisses etwas Edleres, Verfeinertes als die Bordelldirne sucht. Das Bordell wird heutzutage nur von jungen Burschen, von Angeheiterten und von Wollüstlingen besucht. Erstere wagen sich nur im Bordell an die Frau heran; hier versuchen sie zum ersten Male, ihren Trieb zu stillen, meist mit dem Erfolge geschlechtlicher Erkrankung. Wie viele Jünglinge verdanken dem ersten Beischlaf, dem Besuche eines öffentlichen Hauses ihre Syphilis. Der Bordellbesuch in angeheitertem Zustande geschieht ebenfalls häufig, vielfach sogar seitens ganzer Herrengesellschaften nach vergnügten Kneipereien und seitens solcher Männer, die in nüchternem Zustande nie an auſserehelichen Verkehr denken würden. Das Bordell dient hier eben als Gelegenheitsursache, als Lockung. Zum Schlusse ist das öffentliche Haus, was besonders für Paris allgemein bekannt ist, eine Stätte für die Befriedigung aller Exzesse perverser Leidenschaften. Auch das oft als Besucherschaft der Bordelle geschilderte Element der Soldaten in gröſseren Truppenstandorten besuche höchstens einmal am Löhnungstage ein solches Haus. Für gewöhnlich versorge er sich auf andere Weise in sexueller Hinsicht. Die Prostitution werde mit dem Bordell auch keineswegs aus der Öffentlichkeit entfernt. Nicht einmal mit der Beschränkung auf bestimmte Straſsen lasse sich die Allgemeinheit und das Straſsenleben vor dem Dirnentume ganz bewahren. Es bleibt eben ein unerfüllbarer Wunsch, diese Verbannung von den öffentlichen Wegen zu einer tatsächlichen zu gestalten. Es ist wie mit der Reglementierung überhaupt, die nur einen Bruchteil der Kranken unter den Prostituierten trifft; vielleicht sind dies nur 10 %, von denen wiederum nur etwa die Hälfte, also im ganzen 5 %, regelmäſsig zur Krankenuntersuchung kommt. Ein negativer Befund jedoch bei letzterer gewährleistet, wie von Düring mit Recht hervorhebt, noch keine wirklich absolute Gesundheit. „Je strenger aber die Maſsregeln, desto mehr geheime, geheimste Prostitution.“ Die Bordelle haben in Städten, wo sie bestehen, nicht zu verhindern vermocht, daſs Haus, Familie und Straſse weiter infiziert bleiben, weil die Bewohnerinnen der öffentlichen Häuser nur einen verschwindenden Teilsatz der wirklichen Dirnen bilden. Sehr berechtigt ist ferner auch Dürings Frage, wie

Digitized by Google

der Staat, der heutzutage nicht einmal die Prostituierten fassen könne, sie denn solle kasernieren können. Was ferner die gesundheitlichen Vorzüge des Bordells betreffe, so meint er, daſs dieselben völlig zu Unrecht gerühmt würden. Es sei bei dieser Gelegenheit gestattet, einige Ausführungen aus DÜRINGS vortrefflichem Referat zu bringen, mit welchen die Fehler mancher Statistik beleuchtet werden:

Um die Wirksamkeit der sanitätlichen Überwachung der reglementierten Prostituierten gegenüber der Gelegenheitsprostitution zu beweisen, wird z. B. angeführt, daſs die vorgeführten, dem Stande der Dienstmädchen oder der Verkäuferinnen angehörigen gelegentlichen Prostituierten eine um ein Mehrfaches höhere Zahl an syphilitischen Erkrankungen ergeben hätten im Laufe eines Jahres als die Reglementierten. Die in Prozentzahlen ausgedrückte Ziffer der Erkrankten ist aber auf alle Reglementierten und besonders auf alle in Bordellen untergebrachten Prostituierten bezogen — von den Gelegenheitsprostituierten sind aber nur die untersucht, die der Polizei verdächtig geworden, die wegen Ansteckung von Männern, besonders von Soldaten, angezeigt, die von Hausbewohnern der Polizei angegeben sind. Aber die Gesamtziffer der — im weitesten Sinne — doch der gelegentlichen Prostitution, und sei es auch nur in „erweitert monogamischen oder beschränkt polygamischen Verhältnissen“ lebenden Mädchen, ist doch um ein sehr Vielfaches höher als die Zahl der Untersuchten. Wenn es also etwa heiſst: Von den Reglementierten hatten 7% Syphilis, von den Nichtreglementierten 21%, so lassen sich diese Zahlen keineswegs so verwerten, daſs man sagen könnte, die Gelegenheitsprostitution habe dreimal so viele syphilitische Erkrankungen ergeben als die reglementierte.

Nehmen wir an, bei 100 Reglementierten haben sich 7 Syphilitische gefunden. Den 100 Reglementierten entsprechen — auf genaue Zahlen kommt es bei diesem Beispiel keineswegs an — 1000 Nichtreglementierte; von diesen 1000 Nichtreglementierten seien 100 im Laufe des Jahres vorgeführt und hätten 21 Syphilitische ergeben. Dann sind einerseits die 21 nicht auf 100, sondern auf 1000 zu beziehen — es würde das anstatt 21% 2,1% ergeben; und diese Zahl ist wieder falsch, weil man ja 900 Nichtreglementierte nicht untersucht hat. Vergleichen lieſsen sich diese Zahlen nur, wenn man alle Nichtreglementierten untersuchen könnte. Dieses etwas drastische Beispiel beweist aber klar die groſsen Fehlerquellen solcher Zahlen und die Unmöglichkeit, die gefundenen Zahlen ohne weiteres miteinander zu vergleichen.

Ganz auf dem gleichen Boden steht Frau FÜRTH-Frankfurt a. M., welche ein auch äuſserlich glänzendes Referat erstattete. Sie stellte sich auf den rein praktischen Gesichtspunkt, der die Frage der besten Regelung des Prostitutionswesens nicht von Erwägungen allgemeiner oder persönlicher Sittlichkeit abhängig machen will, sondern nur von dem Bestreben, einem leider vorläufig nicht abschaffbaren gefährlichen Gewerbe diese Gefährdung der Allgemeinheit möglichst zu benehmen. Jedes Gewerbe und auch die Prostitution muſs ihren Schutz haben, so führte Frau FÜRTH aus. Trägt doch auch die Gesellschaft infolge der Gestaltung der sozialen Lage am Bestehen dieses Gewerbes eine Mitschuld. Gleichwohl besteht zwischen der täglich sich preisgebenden Prostituierten und dem sie zeitweise benutzenden Manne ein groſser Unterschied.

Den sanitären Vorzug des Bordells bestreitet Frau FÜRTH ebenso wie DÜRING, BLASCHKO und andere Kenner. Vielfach bildet sich in solchen öffentlichen Häusern ein wahrhaft kunstvolles System aus, erkrankte Mädchen dem Auge des Arztes und der Behörde zu entziehen. KÜHN fand z. B. als Polizeiarzt eine von ihm eben als syphilitisch erkannte Bordelldirne eine halbe Stunde später in einem anderen Bordell wieder, in dem man den Besuch des Arztes nicht vermutet hatte. Die Bordellierten werden an Gefährlichkeit nur noch von jenen übertroffen, die man als geheime

Prostituierte bezeichnen darf. Die Berichterstatterin bedient sich hier äufserst geschickt der statistischen Mitteilungen PARENT-DUCHATELETS, HÖFFELS, FRANZS, BERGHS, SPERKS und BLASCHKOS. Letztere beiden nennen die öffentlichen Häuser „Zufluchtsstätten, in denen sich die Prostitution zum Nachteile der Volksgesundheit während des ganzen Verlaufs der kondylomatösen Periode der vorher (oder im Beginn ihres Bordellaufenthalts) erworbenen Syphilis aufhalte“.

Während von Bordellmädchen in Petersburg jährlich etwa 90 % ins Hospital geschickt werden müssen, erkrankten von den Freilebenden:

1872	29,6 %	1874	32,1 %
1873	54,1 „	1875	22,6 „

Der Unterschied zwischen Bordelldirnen und Freilebenden wird übrigens durch nachfolgende Tabelle trefflich illustriert.

	Bordelldirnen		Freilebende	
	venerisch	syphilit.	venerisch	syphilit.
	%	%	%	%
Paris 1878/87	25,57	12,0	15,31	7,0
Brüssel 1887/89	50,0	25,0	33,0	9,0
Petersburg 1890	56,5	33,5	19,6	12,0
Lyon	85,0	—	40,0	—
Rotterdam	35,0	—	10,1	—
Antwerpen 1882/84	—	51,3	—	7,7
Kopenhagen	565,0	—	254,0	—

Die häufigen Verkehrsakte und Alkoholismus sowie Gleichgültigkeit gegen Gefährdung der Männer stempeln die Bordelldirne zu einer sehr gefährlichen Sorte von Prostituierten. Auch alle sanitären Reformen des Bordellwesens dürften daran nicht viel ändern. Man hat neben viel häufigeren Untersuchungen der Mädchen sogar vorgeschlagen, jeden männlichen Besucher auf seine Gesundheit hin zu prüfen. TEUTSCH-Paris hat diesen Vorschlag, der vielfach nicht ernst genommen worden war, praktisch dadurch geprüft, dafs er durch eine Rundfrage die Stellung der Bordellinhaberinnen dazu erforschte. Diejenigen erstklassiger Häuser stimmten zu. Jene der Häuser minderwertigerer Gattungen lehnten unbedingt ab. Auch die Ansichten weiter Kreise befragter Bordellbesucher sind ganz verschiedenartig. Die Kontrolle, durch ältere Dirnen ausgeführt, wird nie zuverlässig sein, führt Frau FÜRTH aus, und Ärzte, die sich ihr unterzögen, würden wohl kaum genug zu finden sein. Das Staatsbordell hält sie aus ethischen Gründen für undurchführbar und undiskutierbar, abgesehen von dem Einwande, dafs ja dadurch die Verlockung der Allgemeinheit zum aufserehelichen Verkehr ganz ungeheuer grofs würde. Auch aus raumtechnischen Gründen ist die Schaffung einer gröfseren, jedenfalls einer genügenden Anzahl von öffentlichen Häusern undenkbar. Aufserdem träfe man ja mit allen diesen Mafsnahmen jene Lasterstätten gar nicht und würde sie nicht am Weiterwuchern hindern, die sich Animierkneipen und Absteigequartiere nennen und nichts anderes als Abarten von Bordellen sind. Noch wichtiger sind diejenigen Gründe gegen das öffentliche Haus, welche den Schutz selbst der Dirne und die Gerechtigkeit ihr gegenüber in die Wagschale unseres Urteils werfen. Über die Abhängigkeit der Mädchen gegenüber den Wirten läfst sich Frau FÜRTH in folgender bezeichnenden Weise aus.

In der Schuldknechtschaft des Bordellwirtes, ja, von einem Bordell zum anderen im voraus verpfändet, unter Zwang, alle ihre Toilettenbedürfnisse zu horrenden Preisen bei ihm zu decken, zur Vertilgung ungeheurer Mengen Alkohols für sich und Aufstachelung ihrer Besucher zum Alkoholkonsum gezwungen, gezwungen auch allen Lüsten und Perversitäten ihrer Klienten zu Willen zu sein: das ist in der Regel das Schicksal

dieser Unglücklichen. Das, was uns TEUTSCH für Paris erzählt (Moral de l'instinct sexuel, Paris 1902, S. 26 f.), bestätigt uns der Bericht, den Mdme. LEGRAIN, die Vorsitzende der französischen Frauenliga gegen den Alkohol, erstattete (*Abolitionist.* 1. Juni 1902. I. Jahrgang. Nr. 6). Die Mädchen müssen trinken, immer trinken und die Besucher gleichfalls zum Trinken animieren. In sehr grofsen Häusern brauchen die Mädchen die Getränke nur zu bezahlen, das Trinken dürfen die Dienstmädchen besorgen. Aber auch dieses „nur bezahlen" bedeutet eine harte Auflage. In den Häusern ersten Ranges kostet ein Absinth 3 Francs, Champagner 25 und 30 Francs die Flasche. Rheinwein per ein halber Liter 10 Francs. Die Mädchen bezahlen für jede Flasche 10 Francs durchschnittlich. Da sie fast alle wenig essen, bezahlen sie bei der Mahlzeit nur die Getränke, die man ihnen vorschreibt. So z. B. mit dem Fisch ein Glas Rum, mit dem Fleisch ein Glas Rum, mit dem Salat ein Glas Kognak, mit dem Kaffee ein Glas Kirsch, Genèvre. — In Paris wurde ein Hemd mit 50 Francs, ein solches von Seide mit 180 Francs, der einfachste Morgenrock mit 300 Francs, Seidenstrümpfe mit 50 Francs bezahlt. Dafür, dafs in deutschen Grofsstädten ähnliche Zustände bestehen, sei auf das Gutachten der gewifs kompetenten Königl. Polizeidirektion in Dresden verwiesen (*Abolitionist.* Nr. 1, 2, 3 von 1903)."

Die Leitsätze der Berichterstatterin sind folgende:

„1. Die Kasernierung der Prostitution ist aus Gründen der Volksgesundheit und Sittlichkeit zu widerraten.

Sie erweist sich aufserdem als undurchführbar, weil es unmöglich ist, die gesamte Prostitution zu kasernieren, d. h. die vagierende völlig auszurotten.

Sie ist zu bekämpfen, weil durch sie der Mädchenhandel bedingt und erhalten wird.

2. Die bestehenden Bordelle sind abzuschaffen:

a) aus hygienischen Gründen (die Bordelle sind Ansteckungsherde gefährlichster Art),

b) aus ethischen und sozialen Gründen (sie erwecken in der Jugend falsche Vorstellungen über die sittliche Zulässigkeit und gesundheitliche Gefahrlosigkeit des irregulären Geschlechtsverkehrs, verlocken zu geschlechtlicher Ausschweifung und sind Pflanzstätten geschlechtlicher Perversität),

c) im Interesse der Prostituierten selbst (im Bordell werden die Prostituierten in schamloser Weise entwürdigt und ausgebeutet).

3. An Stelle der Kasernierung und Bordellierung ist zu befürworten die freilebende Prostitution, und zwar in folgender Ausgestaltung:

a) die Prostituierten sind in ihren elementarsten Menschenrechten zu schützen. Die Paragraphen 180 und 361, die sie einem ungerechten Ausnahmegesetz unterstellen, sind aufzuheben.

b) die im Interesse der Allgemeinheit wünschenswerte sanitäre Überwachung der Prostitution ist nicht als polizeilicher Untersuchungsakt und durch Vermittlung von Polizeiorganen, sondern als Teil der Krankenfürsorge für die Prostitution auszuüben. Sie mufs daher

1. den Charakter einer ambulatorischen Sprechstunde tragen, bei der gegebenenfalls Krankenhausbehandlung einzutreten hat,

2. sie mufs sich beschränken auf die wegen Vergehen gegen die öffentliche Sittlichkeit verstofsenden und die wegen verursachter Ansteckung denunzierten sowie auf sonstige Personen beiderlei Geschlechts, von deren Krankheit die Behörde Kenntnis erlangt hat, und welche einen Nachweis über anderweitige ausreichende Behandlung nicht zu erbringen vermögen,

3. sie ist auf die voraussichtliche Dauer der Erkrankung zu beschränken.

Digitized by Google

4. Den Prostituierten ist das Wohnen in Häusern zu untersagen, in denen sich Familienhaushaltungen mit Kindern befinden.

Durch eine geeignete Reform der Wohnungsgesetzgebung und Wohnungspflege ist den Schäden des Prostitutionswesens entgegenzuwirken."

An diese ausgezeichneten Berichte schlofs sich eine sehr lebhafte Erörterung, in der zum Teil hochbelangreiche Ansichten zutage traten. Den Reigen der Debatteredner eröffnete Blaschko, von dem ja bekannt ist, dafs er der heutigen Reglementierung der Prostitution keinerlei Erfolge zuerkennt. Und das mit vollem Recht. Die starke Inanspruchnahme der Mädchen in den Bordellen und ihre Indolenz gegen die Gebresten ihres Leibes, ferner der Mangel jeden Gefühls von Verantwortlichkeit und der Zwang, jedem Besucher die Kohabitation gewähren zu müssen, sind der Grund für die grofse sanitäre Gefährlichkeit dieser Prostituiertenklasse. Das ganze System der Reglementierung aber ist aus dem Grunde nach Blaschkos Ansicht von vornherein aussichtslos, weil es schon fast unmöglich ist, zu sagen, wer eine Prostituierte ist. Aber abgesehen davon ergeben die Beobachtungen und die Vergleichung von Ländern und Städten, die die Reglementierung abgeschafft haben, mit solchen, in denen sie noch besteht, keine zwingenden Schlüsse. Dasselbe gilt für alle Erhebungen, ob der kontrollierten oder der geheimen Prostitution mehr Ansteckungsfälle zuzuschreiben sind. Selbst die exakten Zahlenergebnisse in der englischen Armee (Contagious Disease Act) und im deutschen Heere lassen keine einwandfreien Schlüsse zu, da Abnahme und Zunahme der Venerie wohl von vielen anderen Faktoren mit abhängt als von Einführung und Abschaffung der Dirnenkontrolle. Die letztere trifft nur einen kleinen Bruchteil der sich Prostituierenden. Gerade die sanitär so gefährlichen Minderjährigen, die Anfängerinnen, werden von der Reglementierrung nicht genügend getroffen. Aufserdem ist aber die als syphilitisch oder tripperkrank erkannte Prostituierte eine so zu Rückfällen und Verschlimmerungen ihres Leidens neigende Kranke, dafs es der besten ärztlichen Kontrolle unmöglich ist, sie stets bei relativem Gesundheitszustand zu erhalten. Auch die zwangsweise Krankenbehandlung vermag nur das am meisten infektiöse Stadium zu bannen. Die eine ansteckende Frau wird zwar durch die Spitalsaufnahme dem Verkehr entzogen, an ihre Stelle treten aber neue Mädchen, die sogleich der Erkrankung wiederum verfallen. Aufserdem entzieht die strafende Sittenpolizei so und so viele „gesunde" Prostituierte, weil sie kleinere Übertretungen des Reglements sich haben zuschulden kommen lassen, dem Verkehr. — Zweifellos, so führte Blaschko aus, trage das Bestehen des § 180 unseres deutschen Strafgesetzbuches viel dazu bei, den Kampf gegen die Prostitution zu beeinträchtigen. Irgendwo müsse doch dieselbe Unterkunft und Wohnung finden. Blaschko unterscheidet Wohnung der Dirne, Unzuchtsort und Markt der Nachfrage. Das Material der Bordelle setze sich zusammen und ergänze sich aus den durch Mädchenhandel erworbenen Mädchen und aus vorher vagierend gewesenen Frauenspersonen. Die Polizei sei sehr vorsichtig mit der Stellung unter Kontrolle. Diese Nachsicht, die sich aus ethischen Rücksichten erklärt, sei aber gerade das sanitär Gefährliche, weil die jungen Dirnen geschont würden. Schaffe man also Bordelle, so werde doch eine Unzahl von Prostituierten jüngsten Grades frei bleiben; gerade deren Rekrutenjahr würde manchem Manne gefährlich werden. Auf die Helenenstrafse zu Bremen verweisend, betonte Blaschko, dafs nur der damalige Baukrach im Jahre 1878 die Schaffung einer solchen Einrichtung möglich gemacht habe. Alle späteren Versuche in obigem Sinne seien fehlgeschlagen. Die Anwohner wehren sich gegen solche Projekte, die ihre Gegend, ihre Häuser entwerten. In Bremen überwiege übrigens bei weitem die vagierende Prostiution über die in der Helenenstrafse untergebrachte. In Grofsstädten würde auch der Bodenpreis beziehentlich Grundstückswert für ganze solche Strafsen unerschwinglich

hoch sein. Gegen die Einrichtung von Bordellen spreche aber auch die Erkenntnis, dafs die einzelne Prostituierte stets relativ gesittet sei. Beim Zusammenwohnen jedoch, wenn Dirnen in Menge zusammenleben, würden alle schlechten Eigenschaften geweckt. Blaschko schlug vor, Angebotsmärkte in geschlossenen Räumen zu schaffen, statt dafs man den Markt der Strafse vorbehalte. Man solle auch Markt, etwa Nachtcafés, und Stätte des Prostitutionsbetriebes voneinander trennen (Maisons de passe). Jedenfalls taugten die heutigen Polizeimafsregeln nicht das geringste.

Der Münchener Hygieniker Gruber hält entgegen manchen Autoren die Prostitution für keine Notwendigkeit. Eine nicht zu ferne Zukunft werde das beweisen. Vorläufig bestehe sie allerdings noch, und Blaschko habe ganz recht, wenn er sage, irgendwo müsse doch die Prostituierte wohnen. Eine Assanierung der Prostitution sei völlig unmöglich. Ihre Regelung könne nur den Sinn einer Regelung der Wohnungsverhältnisse dieser Frauenspersonen haben. Da sei vor allem § 180 zu ändern. Das blofse Wohnunggeben ohne Ausnutzung dürfte unter keinen Umständen als Kuppelei ausgelegt werden. Ein solcher Unsinn sei eines Kulturstaates unwürdig. Weil man sie aufserhalb des Gesetzes stelle, deshalb neige die Prostitution so zur Verbrecherwelt. Gegen Blaschkos Vorschlag, Wohnung und Betriebslokal der Prostituierten zu trennen, tritt Gruber jedoch auf. Der Staat dürfe hierbei nicht aktiv eingreifen. Was zu fordern sei, sei eine neue Wohnungsordnung. Auch die Gelegenheitshäuser, die Blaschko empfehle, seien zu verwerfen. Wolle der Staat solche dulden, so würde er für ungetreue Ehefrauen und leichtfertige Mädchen eine grofse Versuchung zur Befriedigung ihrer sexuellen Triebe schaffen. Gruber verwies in dieser Richtung auf Madrid, das eine ganze Flut solcher Gelegenheitshäuser habe, in denen je nach der Eleganz und der Klientel der Besuch, d. h. die Benutzung eines Zimmers von 1—100 Pesetas, etwa 1—100 Mark, koste. (In solchen Häusern verkehren sogar Herzoginnen, wie gelegentlich eines späteren Gespräches bemerkt wurde.) Die Wohnungsgesetzgebung und eine entsprechende Wohnungsbeaufsichtigung müsse unsere Hoffnung bei unseren traurigen Gesundheitszuständen bleiben. Seien doch 5—10% aller Männer syphilitisch und bis 90% derselben blennorrhoisch. Von 8½ Millionen Männern seien mehr als ½ Million venerisch. Es sei da vor allem die Aufgabe der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, vor dem aufserehelichen Verkehr und seinen Gefahren zu warnen. Gruber wandte sich hierauf in schärfster Weise, nicht ohne Berechtigung, gegen Hippe-Dresden, der den aufserehelichen Verkehr predige. Die Ehe sei nicht nur eine moralische, sondern vor allem auch eine hygienische Einrichtung, eine prophylaktische Notwendigkeit. Mortalität und Morbidität der ehelichen Kinder sei geringer wie die der unehelichen. Die ledigen seien an der Sterblichkeit doppelt so hoch beteiligt als die verheirateten Männer. Besonders wendet sich Gruber gegen Hippes Ansicht, dafs der Mensch schon so sei, wie die Natur ihn gewollt habe, und dafs die Forderungen der Moral nur gering zu schätzen seien. Warum empfehle man bei dem Lobe des Coitus extramatrimonialis nicht gleich den Beischlaf auf der Strafse nach Art der Tiere? Ein Unglück wäre es übrigens, wenn das Volk die sexuellen Erkrankungen, denen nicht zu Unrecht eine Art Makel von den Jahrhunderten angeheftet worden sei, von nun an etwa als etwas Gleichgültiges ansehen würde. Zum Schlufs warnt der Redner vor einer Verquickung der Arbeiten der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit den Bestrebungen des Bundes für Mutterschutz. Redner erntete den lebhaftesten Beifall.

Hammer-Stuttgart wünscht, man möge nicht ein altes System, das allerdings Fehler habe, nämlich die Reglementierung, niederreifsen, ohne dafs man etwas Besseres habe, was ihre Stelle einnehmen könne. Die Geschlechtskrankheiten sollen überall

abgenommen haben. Die Bordellstrafsen seien für gewisse Dirnensorten empfehlenswert, für manche nicht.

Lesser-Berlin möchte gegenüber Gruber betonen, dafs die Reglementierung doch einen gewissen Nutzen habe. Ohne Sittenpolizei werde nichts geleistet.

An der weiteren Debatte beteiligten sich Frau Scheven-Dresden, Loeb-Mannheim, Müller-Metz, Albert Kohn-Berlin von der Zentrale der deutschen Krankenkassen Bohn für die deutschen Sittlichkeitsvereine, Dr. iur. Juanita Augspurg, Frau Dr. Paulus Cannstatt, Simanowski-Berlin von der Zentrale deutscher Krankenkassen, und andere.

Loeb trat für energische Kasernierung ein, ebenso Müller-Metz; Kohn und Simanowski sprachen lebhaft dagegen. Frau Scheven will ebenfalls nichts von Bordellen wissen. Die Begründung scheint mir jedoch nicht stichhaltig, soweit die Dresdner Verhältnisse von ihr zum Beweis herangezogen werden, worauf wir später noch zurückkommen werden. Im übrigen fordert auch sie, die in den Bordellen der Menschheit ganzen Jammer gefunden hat, Wohnungsreform, Wohnungsfreiheit und Wohnungsinspektion. Alles übrige solle man getrost dem gesunden Sinne des Volkes und der Privatinitiative überlassen.

Polizeirat Hopf-Hamburg wendete sich gegen von Düring, der die Verhältnisse der Prostitution in Hamburg viel zu ungünstig dargestellt habe. Vor allem seien die Zahlen über die geheime Prostitution viel zu hoch gegriffen. Sexuelle Perversitäten seien nicht allein dem Bordelleben vorbehalten. Anzeigen in den Tagesblättern, Gesuche und Angebote von „erfahrenen, strengen Masseusen" u. a. bewiesen, dafs die Psychopathia sexualis auch im freien Privatleben Übungsplätze finde. Das Bordellsystem habe sich in Hamburg gut bewährt. Für den Tag müfsten diese Mädchen allerdings 8—15 Mark für Kost und Wohnung bezahlen. Gegen Hopf-Hamburg wendete sich Fräulein Dr. J. Augspurg, die betonte, dafs die Prostitutionsfrage ebenso eine Frauen- wie Männersache sei. Man müsse vor allem auch an die Prostituierte denken und für sie Atteste über die Gesundheit der männlichen Besucher fordern. Was die Hamburger Bordelle betreffe, so seien die Verhältnisse keineswegs rosig. Die öffentlichen Häuser daselbst seien ihr vielleicht in ihrer ganzen Schrecklichkeit besser bekannt wie dem Herrn Polizeirat Hopf. Assessor Clausmann-Cöln, der schon beim ersten Kongrefs der Gesellschaft in Frankfurt scharf für Reglementierung eingetreten war, forderte, da auf Unzucht keine Strafe stehe, auch gewerbsmäfsige Unzucht straffrei sein müsse, und nur eine Gewerbeaufsicht zu fordern sei, Bordelle, und zwar als Ideal Staatsbordelle. Nicht die Unzucht bestrafe der heutige Staat, sondern nur die Entziehung von der Kontrolle. An Phrasen, deren genug gewechselt seien, wäre noch kein Gonococcus gestorben. Diese Ausführungen weckten lebhaften Beifall einerseits, um so gröfseren Widerspruch aber bei der Mehrheit der Versammlung, von deren ärztlichen Mitgliedern eine Anzahl ja den Standpunkt energisch betont hatte, dafs man auch als Spezialist auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten ganz anderer Ansicht sein kann als die Anhänger einer strengen Reglementierung.

Hopf-Dresden stellte die Verhältnisse des Prostitutionswesens in seiner Vaterstadt ins richtige Licht. Nachdem ein Rechtsanwalt und eine Frauenrechtlerin aus Dresden gesprochen hätten, wolle er als Dresdner Arzt auch das Wort ergreifen. Es gibt in Dresden heute alle drei Systeme von Prostitution — die freiwohnende Dirne, die Kasernierung und Bordellstrafse sowie das Bordell selbst. Zwar hat die Behörde auf Drängen der Sittlichkeitsvereine die öffentlichen Häuser abgeschafft. In Wirklichkeit bestehen aber heute noch solche. Erinnert sei nur an ein vornehmes Bordell auf der Strafse An der Mauer. Auch die Bordellstrafse sei in mehreren Exemplaren — Frohngasse, Gerbergasse, Kanalgasse u. a. — vorhanden. Auch die freiwohnende

Digitized by Google

Prostitution ist in Dresden zu Hause. Ob gerade die Verhältnisse auf den Strafsen besser geworden sind, ist zu bezweifeln. Schon der Umstand, dafs Bordelle auch heute noch, wenn auch nicht de iure, so doch de facto bestehen, beweist, dafs man, wollte man wirklich solche Besserungen im Strafsenleben anerkennen, sie nicht auf ein Eingehen der öffentlichen Häuser beziehen darf. Je mehr man sich mit der Frage beschäftigt, wie die Prostitution am erfolgreichsten zu bekämpfen ist, um so schwieriger fällt dem erfahrenen Arzte die Wahl, welche Entscheidung er treffen soll, ob er für Bordelle oder für freies Wohnen der Frauenspersonen, die Gewerbsunzucht treiben, sich aussprechen soll. Dürings und Blaschkos Ansichten gehört die Zukunft, wenn sie den Nutzen der heutigen Systeme vollkommen leugnen. Die Ärzte wie die Verwaltungen befinden sich bei der Bekämpfung der Prostitution auf einem grundsätzlich falschen Wege. Schon seit undenklichen Zeiten versuchten die Staaten dieses Übels Herr zu werden. Zu allen Perioden, aus denen die Geschichte berichtet, mühten sich die Regierungen und die erleuchtetsten Köpfe ab, das beste System zu finden, um der Hydra der Prostitution die Köpfe abzuschlagen. Gewaltmafsnahmen wurden angewendet, mildere Bekämpfungsmethoden fanden Anwendung, aber stets war der Erfolg ein vergeblicher. Maria Theresias fruchtloser Kampf gegen das Dirnenwesen ist noch in aller Gedächtnis, und unsere Mifserfolge treten auf jedem Kongresse der Berufenen deutlicher zutage. Es mufs darum der Kampf gegen die Prostitution dem Kampfe gegen ihre sanitäre Gesellschaft, dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten weichen. Man mufs in dieser Richtung alle Kräfte des Staates, der Wissenschaft, der Verwaltung konzentrieren. Vielleicht erblüht — und das ist mit Recht zu erhoffen — bei einem so geführten Kampfe jener Segen, der bisher in der Bekämpfung der Prostitution selber ausgeblieben ist.

Den dritten Punkt der Tagesordnung des Kongresses bildeten die Referate über die **Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.** Die Berichterstatter waren Neustätter-München und Georg Bernhard-Berlin. Wir beschränken uns darauf, die Leitsätze beider wiederzugeben.

I. Die Mittel zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten sind nach dem Reichsgerichtsentscheid vom 10. Juni 1903 unzüchtig im Sinne des § 184, Absatz 3 des Strafgesetzbuchs, und zwar weil sie geeignet seien, die Ansteckungsgefahr zu beseitigen, und daher der gefahrlosen Ausübung des aufserehelichen Geschlechtsverkehrs dienten. Damit ist ihre öffentliche Ankündigung strafbar. Der Reichsgerichtsentscheid vom 23. September 1901 hat die Absicht der Ankündigung als belanglos für die Strafbarkeit bezeichnet. Es schliefst also auch der beabsichtigte hygienische Zweck die Strafbarkeit nicht aus. Schliefslich ist nach einer Reichsgerichtsentscheidung vom 3. Januar 1901 der Begriff der Öffentlichkeit einer Ankündigung bereits dann vorhanden, wenn dieselbe an eine Mehrzahl, unbestimmt welche und wieviele Personen, im Gegensatz zu einem individuell bestimmten, abgeschlossenen Personenkreis, sich wendet.

II. Bei dieser Rechtslage ist nicht nur der rein geschäftsmäfsigen und tatsächlich oft bedenklichen Ankündigung, sondern auch der im hygienischen Sinn betriebenen Aufklärung durch die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die Möglichkeit genommen, sich an die Öffentlichkeit mit der Empfehlung von bestimmten Schutzmitteln zu wenden.

III. Nun ist die Frage, ob dieses Ankündigungsverbot ein Schaden ist oder ob die Empfehlung solcher Schutzmittel überhaupt und deren öffentliche Ankündigung im speziellen wünschenswert ist. Diese Frage richtet sich je nach dem Standpunkt,

Digitized by Google

den man der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gegenüber einnimmt. Dieser kann ein zweifacher sein:

1. ein idealistischer. Die Verfechter dieses Standpunktes zerfallen in drei Gruppen, je nachdem sie sich von
   a) religiösen,
   b) moralisierenden,
   c) sozial-ethischen

   Gründen leiten lassen.
2. ein praktisch-sozialhygienischer.

Die Anhänger dieser zwei Standpunkte stehen sich in der wesentlichen Frage diametral gegenüber, nämlich ob durch die Erziehung und durch Aneiferung zu einem züchtigen Lebenswandel praktisch und vor allem in absehbarer Zeit bezüglich der Ausschaltung des aufserehelichen Geschlechtsverkehrs und damit auch bezüglich der Verhütung der Geschlechtskrankheiten etwas zu erreichen ist.

IV. Unter voller Würdigung der Tragweite ethischer und sozialer Besserungsversuche mufs man sich mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf den Standpunkt der Tatsachen stellen und sich in der Entscheidung obiger Fragen von der nächstliegenden Erwägung leiten lassen, nämlich ob jene Schutzmittel, ohne anderseits gesundheitlich etwas zu schaden, zu einer Eindämmung der Geschlechtskrankheiten beizutragen vermögen oder nicht, sich für oder gegen deren Empfehlung entscheiden.

V. Es gibt Schutzmittel, welche, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, so doch in erheblichem Mafse und ohne anderweitigen Schaden, der geschlechtlichen Ansteckung vorbeugen können. Ein Teil der jetzt vielfach empfohlenen und angekündigten Prophylactica ist gesundheitlich bedenklich.

VI. Würdigung der einzelnen Mittel und Methoden. Für einen volkshygienischen Erfolg ist es wesentlich, dafs die Kenntnis der wirksamen Mittel eine möglichst weitverbreitete und ihre Verwendung eine möglichst allgemeine wird.

VII. Der beste Weg zu diesem Ziele ist eine von höheren Gesichtspunkten aus erlaubte und geregelte öffentliche Ankündigung der Schutzmittel.

VII. Um diesen Weg gangbar zu machen, bedarf es einer Änderung des bestehenden gesetzlichen Zustandes, dahingehend, dafs die öffentliche Ankündigung der zur Vorbeugung und Heilung von Geschlechtskrankheiten dienenden Mittel unter gewissen Vorsichtsmafsregeln gegen Ausbeutung oder Irreführung freigegeben wird. Am besten würde die Regelung dieser Ankündigung nicht für sich, sondern im Zusammenhang mit der notwendigen Ordnung der Ankündigung von Heil- und Schutzmitteln im allgemeinen erfolgen. Verordnungen bezüglich der Ankündigung von solchen bestehen zwar bereits, aber nur in einzelnen Bundesstaaten, und nicht einmal da gleichlautend. Einzelne verbieten die Ankündigung der Schutzmittel gegen geschlechtliche Ansteckung. Es bedürfte daher zum mindesten gleichartiger Landesgesetze. Das beste wäre aber ein jenen Verordnungen gegenüber auch materiell verbessertes Gesetz von Reichswegen. Dieses müfste einer obersten Sanitätsbehörde (etwa dem Kaiserlichen Gesundheitsamt) die Befugnis einräumen, derartige Ankündigungen nach Prüfung auf Inhalt und Form zuzulassen. Ein solches Gesetz könnte sich im Prinzip an die früher in Bayern und jetzt noch in der Schweiz bestehenden diesbezüglichen Normen anlehnen. Bezüglich des in Berlin und Hamburg auf dem Verordnungswege für die Prophylactica gegen Geschlechtskrankheiten erlassenen Ankündigungsverbots würde eine Abänderung vorzusehen sein, zunächst im Sinne des gedachten Reichsgesetzes.

I. Die Ankündigung von Schutzmitteln kann nach geltendem Recht — abgesehen von den ausgesprochenen Fällen des Betruges (§ 263 des Strafgesetzbuches) — strafbar sein:

a) wegen Täuschung des Publikums
(§ 4 Gesetz zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs vom 27. Mai 1896).
Strafe: Geldstrafe bis zu 1500 Mark. Im Rückfall daneben oder statt der Geldstrafe Haft oder Gefängnis bis zu sechs Monaten,

b) wegen Verletzung der öffentlichen Sittlichkeit
1. durch die Form der Ankündigung (§ 184, Absatz 1 des Strafgesetzbuchs),
2. durch den Inhalt der Ankündigung (§ 184, Absatz 3 des Strafgesetzbuches der sog. lex Heinze).
Strafe: Gefängnis bis zu einem Jahr und daneben oder wechselweise mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark. Neben der Gefängnisstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden.

II. Vom Standpunkt der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist gegen Bestrafung aus den Fällen Ia und Ib, 1 nichts einzuwenden. Es ist im Gegenteil erwünscht, dafs gegen Ankündigungen von Schutzmitteln in marktschreierischer, auf Täuschung berechneter sowie in lasciv unsittlicher Form energisch eingeschritten wird.

III. Dagegen wird durch die Bestrafung von Ankündigungen aus § 184, Absatz 3 des Strafgesetzbuches der Kampf gegen die Gefahren der Geschlechtskrankheiten aufs äufserste erschwert. Denn nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts werden unter dem Begriff der „Gegenstände, die zu unsittlichem Gebrauch bestimmt sind“, alle Schutzmittel gegen die Verhütung der Konzeption und Ansteckung subsumiert. Dieser Gesetzesinterpretation des Reichsgerichts hat sich die Rechtsprechung in Zivilsachen sowie die Spruchpraxis des Kaiserlichen Patentamtes angeschlossen.

IV. Dieser Rechtsprechung ist entgegenzutreten aus Gründen:

a) der allgemeinen Moral.
Das Reichsgericht sieht als unzüchtig jeden aufserehelichen Geschlechtsverkehr an. Demgegenüber mufs betont werden, dafs der normale Geschlechtsverkehr zwischen Mann und Weib auch aufserhalb dauernder ehelicher Gemeinschaft nicht ohne weiteres unsittlich ist.

b) der Volkshygiene.
1. Selbst wenn die ethische Voraussetzung des Reichsgerichts zuträfe und auch für den, der sie billigt, kann es keinem Zweifel unterliegen, dafs trotzdem den Gefahren für die Volksgesundheit, die aus dem — im grofsen Umfang bestehenden und vorläufig nicht auszurottenden — aufserehelichen Geschlechtsverkehr entspringen, prophylaktisch entgegengetreten werden mufs.
2. Die Schutzmittel werden auch im ehelichen Geschlechtsverkehr gebraucht und dienen als Vorbeugung gegen Erzeugung einer kranken oder schwächlichen Nachkommenschaft.
3. Zum Teil dienen ferner die Schutzmittel im ehelichen Geschlechtsverkehr der Verhinderung einer zu zahlreichen Volksvermehrung. Die allzu starke Vermehrung, namentlich des Proletariats, hat ein übergrofses Angebot von Arbeitskräften zur Folge. Sie wirkt also mit an der zunehmenden Unsicherheit der Einzelexistenzen und verewigt die Prostitution, die fruchtbarste Pflanzstätte der Geschlechtskrankheiten.
4. Eine Trennung von Schutzmitteln gegen Konzeption und solchen gegen Ansteckung ist schon deshalb schwer möglich, weil viele Schutzmittel beiden Zwecken gleichzeitig dienen.

c) der juristischen Wissenschaft.

1. Zu „unzüchtigem Gebrauch“ bestimmt kann nur etwas sein, das für den Geschlechtsakt selbst bestimmt ist, nicht aber ein Schutzmittel, das entweder vor oder nach dem „unzüchtigen“ Akt benutzt wird oder beim „unzüchtigen“ Akt eine absolut passive Rolle spielt. (Dieser Ansicht scheint auch das Reichsgericht in merkwürdigem Widerspruche zu sich selbst zuzuneigen. Vergl. Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 34, Seite 287.)
2. Bei der Auslegung des Begriffes „bestimmt“ zu unzüchtigem Gebrauch setzt sich das Reichsgericht in Widerspruch mit der Auslegung, die bisher sowohl die Wissenschaft als auch es selbst dem Begriff des „Bestimmtsein zu etwas“ gegeben haben. (Vergl. Strafgesetzbuch §§ 123, 124, 133, 166, 167, 243, 299, 306, 322, 324. Gesetz betr. die Bestrafung der Entziehung elektrischer Arbeit § 1.)
3. Das Reichsgericht kann sich für seine Auffassung darauf berufen, dafs in den Motiven gerade Präservativs ausdrücklich unter den inkriminierten Gegenständen genannt sind. Aber die Motive, die den Richter niemals binden, dürfen dann nicht zur Auslegung herangezogen werden, wenn die Wortfassung des Gesetzes der — vielleicht vorhanden gewesenen — Absicht des Gesetzgebers widerspricht. Nullum crimen sine lege.
4. Das Bewufstsein, Artikel für den „unzüchtigen“ Gebrauch anzupreisen, fehlt bei den Urhebern von Anzeigen der Schutzartikel in der medizinischen Fachpresse völlig.

V. An eine Änderung der Rechtsprechung des Reichsgerichts ist kaum zu denken.

VI. Die Streichung des § 184, Absatz 3 ist nicht zu verlangen, da es tatsächlich Gegenstände gibt, die zu unzüchtigem Gebrauch bestimmt sind und deren öffentliche Ausstellung oder Anpreisung nicht erwünscht ist.

VII. Im Interesse der Volkshygiene ist aber eine Änderung der Gesetzgebung erwünscht. Sie ist am wirksamsten in Gestalt der Aufnahme einer Legaldefinition ins Gesetz zu erstreben, so dafs § 184, Absatz 3 folgende Wortfassung erhält: „Strafbar ist, wer . . . . . Gegenstände, die zu unzüchtigem Gebrauch bestimmt sind, an Orten, welche dem Publikum zugänglich sind, ausstellt oder solche Gegenstände dem Publikum ankündigt oder anpreist. — Gegenstände, die lediglich der Ansteckungsgefahr oder der Konzeption vorbeugen sollen, gelten nicht als „zu unzüchtigem Gebrauch bestimmt“.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVI, Heft 3.

Der Harnleiter-Okklusivkatheter, von Max Nitze-Berlin. Die bisher gebräuchlichen Methoden der gesonderten Gewinnung des Urins beider Nieren für Untersuchungszwecke bezeichnet Verfasser als ungeeignet, da sie entweder nicht völlige Sicherheit gewähren oder aber für den Kranken nicht ganz gefahrlos sind. Der doppelseitige Ureterenkatheterismus ist zu verwerfen wegen der Möglichkeit einer Infektion der gesunden Niere. Diese Gefahr wird vermieden, wenn nur die kranke Niere

Digitized by Google

katheterisiert und der Urin der anderen Seite durch einen in die Blase eingeführten Katheter aufgefangen wird; die Methode ist aber unzuverlässig, weil sicher in vielen Fällen Urin der kranken Seite neben dem Ureterenkatheter vorbei in die Blase fliefst. Das getrennte Auffangen der Urine durch einen der sog. Separateure schliefst zwar jede Schädigung der Nieren aus; Verfasser spricht aber dieser Methode jede Sicherheit ab. Mit der Konstruktion seines Harnleiter-Okklusivkatheters glaubt Verfasser ein Verfahren ersonnen zu haben, das jede Infektionsgefahr der gesunden Niere von vornherein ausschliefst und doch völlig zuverlässig ist. Bei diesem Verfahren wird nur der Ureter der kranken Seite katheterisiert und dort wird zwischen dem Katheter und der Ureterwandung ein absolut dicht schliefsender Verschlufs hergestellt, und zwar mittels eines dünnwandigen Gummiballons, der, auf das vordere Ende eines elastischen Harnleiterkatheters aufgeschoben, ihm prall anliegt und ihn nur wenig verdickt. In diesem Zustande läfst sich der mit der Gummihülse versehene Katheter leicht in den Harnleiter einführen. Wird der Ballon durch Flüssigkeit genügend stark aufgebläht, so wird der Harnleiter verschlossen; der in die Blase fliefsende Urin kann dann nur von der kranken Seite herrühren. Um ganz sicher zu sein, dafs der Ballon genügend aufgebläht und der Verschlufs ein absoluter ist, hat Verfasser eine Vorrichtung geschaffen, die es ermöglicht, nach Aufblähung des Ballons oberhalb von ihm eine intensiv färbende, indifferente Flüssigkeit, wie Methylenblaulösung, in dem Harnleiter zu deponieren. Solange der aus der Blase abfliefsende Urin ungefärbt ist, kann keine Vermischung mit dem Urin der kranken Seite vorliegen. — Einzelheiten der Konstruktion und Handhabung des Apparates müssen im Original nachgelesen werden. Für die Zuverlässigkeit des Resultates ist ein noch bisher anscheinend nicht genügend gewürdigter Punkt von Bedeutung. Der durch einen in die Blase eingeführten Katheter nach aufsen entleerte Urin der gesunden Seite ist zu Beginn der Untersuchung noch verunreinigt mit Resten der vorher injizierten Spülflüssigkeit. Verfasser hat durch Zusatz von etwas Salicylsäure zur Spülflüssigkeit mittels der Eisenchloridreaktion nachgewiesen, dafs meist erst nach einer halben Stunde der Urin ohne Verunreinigungen abfliefst. Erst der von diesem Zeitpunkt ab gewonnene Urin ist für die Untersuchung verwertbar. — Als Mängel seines Verfahrens bezeichnet Verfasser selbst den hohen Preis des Instrumentariums, sowie dafs dieses etwas umständlicher Natur ist und einer vorsichtigen und zarten Behandlung bedarf. Ungeschickte und technisch ungeübte Untersucher werden oft einen Mifserfolg haben.

Der Pneumococcus Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen, von Rudolf Picker-Budapest. (Schlufs folgt.)

A. Loewald-Kolmar.

Monatsberichte für Urologie

1905. Band X, Heft 3.

Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Ureters, von L. Adler-Wien. Die klinische Diagnose war in dem einen 69jährigen Mann betreffenden Fall: Arteriosklerosis, Emphysema pulmonum, chronische Wirbelsäulensteifigkeit, Cystitis, Tuberkulose (Tumor?) der Nebennieren? (Morbus Addisonii??). Die Obduktion ergab folgenden Befund: Carcinom des untersten Ureterabschnittes linkerseits etwa 4 cm über der Blaseneinpflanzung mit Dilatation des darüber befindlichen Ureterabschnittes und Hydronephrose dieser Seite. Caverne des Oberlappens der rechten Lunge, Emphysem der Lungen u. s. f., Cystitis und Narbe der Urethra, carcinomatöse Infiltration des Körpers des vierten Lendenwirbels mit Erweichung und Kompression desselben Nebennierenbefund negativ). Der Fall gehört also zu den höchst seltenen Formen

Digitized by Google

eigentlich primärer Tumoren des Harnleiters mit Metastase in der Wirbelsäule. Betrachtungen über die Entstehungsweise dieser Neubildung — vielleicht auf Grund eines früheren Harnkonkrements, welches an der betreffenden (engen) Stelle der Harnleiterschleimhaut einen Reizzustand herbeiführte — und Anführung der bezüglichen Literatur, wo der Ureter nur selten als alleiniger Sitz von Tumoren, und zwar dann vorwiegend gutartiger, Erwähnung findet.

Über einen Fall von Nephritis mit malignem, fulminantem Verlauf nach Angina follicularis, von L. Einis-Ekaterinodan (Kaukasus). Der Fall lehrt, daſs selbst im Verlaufe leichter Infektionskrankheiten, wie der Angina follicularis, besonders im Kindesalter, die Möglichkeit einer Komplikation von seiten der Nieren besteht, und die sorgfältigste Anamnese namentlich in bezug auf die Nierenerkrankungen sehr wichtige Dienste leistet. Der vorliegende Fall bietet auſserdem noch dadurch groſses Interesse, daſs bei dem vierjährigen, mäſsig gut ernährten Mädchen der Krankheitsverlauf ein so rascher — nach zehn Tagen vom Beginn der Angina an zum Tode führend — und maligner war.

Ein neues Irrigationscystoskop, von Prof. Leopold Casper. (Mit Abbildungen.) Den bisherigen Irrigationscystoskopen haftet der Übelstand an, daſs man nicht spülen kann, während man durch das Cystoskop hindurchsieht, und daſs deren Desinfektion unmöglich ist. Casper konstruierte nun eine Modifikation, wobei der Irrigationskanal vom Cystoskop abnehmbar ist, ein ziemliches Lumen hat, so daſs ein ordentlicher Wasserstrahl durchgebracht werden kann, wie ein gewöhnliches Metallinstrument gekocht (sterilisiert) werden und daſs man während der Irrigation durchsehen kann. Der Irrigationskanal wird in sterilem Zustande vermittels eines am vorderen Ende des Cystoskops angebrachten Schiebers und eines am hinteren Ende befindlichen Metallzapfens in das Cystoskop eingefügt, so daſs das Ganze ein vollkommen rundes, glattwandiges Cystoskop vom Durchmesser 23 Ch. bildet; am Irrigationskanal ist vorn ein Hahn angebracht, durch den die Spülvorrichtung nach Bedarf geöffnet und geschlossen werden kann. Die Firma W. A. Hirschmann (Berlin) verfertigte das Instrument.

Stern-München.

Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 4.

1. **Über die linienförmigen Narben bei der hereditären Syphilis,** von Franz Poór-Budapest. Silex hat im Jahre 1896 behauptet, daſs die radiär um den Mund gestellten, lineären, narbigen Veränderungen der Haut, die zumeist als sicheres Kennzeichen hereditärer Syphilis betrachtet werden, von skrophulösen Ekzemen herrühren können. Er fand bei der histologischen Untersuchung einer solchen „Narbe" die Papillen und Drüsen intakt, das Epithel eher verdickt als verdünnt, das Corium kleinzellig infiltriert, die elastischen Fasern der Norm entsprechend; demzufolge glaubt er, daſs es sich bei diesen narbigen Veränderungen gar nicht um wirkliche Narben, sondern wahrscheinlich nur um „eine durch den Muskelzug bedingte Einziehung der Haut", um „Pseudonarben" handelt. Einen ganz ähnlichen Befund wie Silex erhob Delbanco in einem Falle von hereditärer Syphilis; Caspary ist daher geneigt, die in Frage stehenden narbigen Veränderungen als die Folge ganz oberflächlicher Ulcerationen zu betrachten; doch ist er mit vielen anderen der Überzeugung, daſs diese „Pseudonarben" nur bei und infolge von hereditärer Syphilis vorkommen. Nun hat auch P. in einem Falle von hereditärer Syphilis, in dem neben schweren luetischen Manifestationen verschiedener Art im Gesicht zahlreiche weiſse lineäre, vielfach miteinander anastomosierende, um den Mund strahlenförmig konvergierende Narben vor-

Digitized by Google

handen waren, einen Teil der narbig veränderten Hautpartie histologisch untersucht und im Gegensatz zu SILEX und DELBANCO das bekannte typische Bild der echten Narbe — Verdünnung des Epithels, Verminderung des Pigments, Abflachung der Papillen, Schrumpfung des Coriums, Fehlen der Haarbälge, der Talg- und Schweifsdrüsen — gefunden. Die Anschauung, dafs solche linienförmige, radiär und konzentrisch um den Mund angeordnete Narben von einem Ekzema scrophulosorum herrühren könnten, erklärt P. für unhaltbar; sie kommen vielmehr ausschliefslich und allein bei hereditärer Syphilis vor. Sie bilden ein Analogon zu den Striae atrophicae, nur werden sie nicht wie diese durch subcutane Tumoren, sondern durch die bei hereditärer Syphilis in der Haut sich bildenden Infiltrationen verursacht.

2. **Lichen planus zoniformis**, von FELIX PINKUS. Beschreibung eines Falles von annulärem Lichen planus, der auf die obere Partie der Brust, den Hals und die Schulter rechterseits beschränkt war. Der auffallend scharf abgegrenzte Krankheitsbezirk war das Gebiet der miteinander anastomosierenden Hautäste des 4. und des 9.—10. Spinalsegments, entsprechend dem Nervus cutaneus colli, den Nervi supraclaviculares und den Rami anteriores des 1. und 2. Interkostalnerven. Nahe dem Innenrande der erkrankten Hautregion, dicht am Sternum, fanden sich vier ältere, gröfsere Herde, im übrigen bestand der Ausschlag aus sehr zahlreichen, kleinen, jungen Knötchen. Während einer zweimonatlichen Beobachtung traten nun Knötchen nicht auf; es mufs also wohl angenommen werden, dafs die Eruption beendet und dafs nur das von ihr eingenommene umschriebene Gebiet für die Entstehung des Lichen planus geeignet war, dafs also lediglich eine lokalisierte Prädisposition bestand. Histologisch zeigte der Fall das typische Bild des Lichen planus; auffallend war nur ein sehr starkes Ödem in der Cutis und im Epithel, dasselbe erstreckte sich auch auf die Lymphgefäfse, die weite Öffnungen darstellten. Die Affektion heilte unter Anwendung einer schwachen Chrysarobinzinkpaste allmählich ab. — Die Ursachen des Lichen planus wegen seiner häufigen Lokalisation in bestimmten umschriebenen Nervengebieten in einer primären Veränderung der Nervenzweige zu suchen, liegt P. ferne.

3. **Zur Zungentuberkulose der Papageien**, von ERNST DELBANCO-Hamburg. D. hatte im Jahre 1903 Gelegenheit, einen Fall von Zungentuberkulose bei einem Papagei zu untersuchen. Es war eine gut erbsengrofse verkäste Granulationsgeschwulst mit zahlreichen Fremdkörperriesenzellen, die den Typus der LANGHANSschen Riesenzellen zeigten und aufser Tuberkelbazillen zum Teil auch noch kristalloide Bildungen unbekannter Natur enthielten. Die Zahl der Tuberkelbazillen war eine enorm grofse, das Granulationsgewebe war übersät mit Stäbchen, die viel breiter und länger waren als die bei der Tuberkulose der Menschen gefundenen Bazillen. Sie waren durchschnittlich 8 μ lang, zum Teil gekörnt, zum Teil stark gebogen; auch verzweigte Formen schienen darunter zu sein.

Im Anschlufs an die Schilderung dieses Falles zitiert D. die Arbeiten von EBERLEIN und von STRAUSS über Papageientuberkulose und ihre Anschauungen über die Beziehungen der Geflügeltuberkulose zur Säugetier- und Menschentuberkulose. EBERLEIN fand unter 154 kranken Papageien 56 = 36,36 % tuberkulös; er hebt auch die ungeheure Anzahl der Bazillen in den tuberkulösen Geweben hervor und betont, dafs die Tiere direkt durch die Menschen infiziert werden. Die Ansteckung erfolgt durch den Respirations- oder den Digestionstraktus oder durch die äufsere Haut. Eine generalisierte Tuberkulose ohne Erkrankung der Haut, wie sie beim Menschen und beim Rind die Regel ist, ist beim Papagei selten, weit häufiger ist die lokalisierte Tuberkulose, die Haut, Zunge, Lidbindehaut, Gelenke und Knochen bevorzugt. Tatsache ist nach EBERLEIN, dafs die vom Menschen stammende Papageientuberkulose für den Menschen pathogen ist; Säugetier- und Hühnertuberkulose hält er mit FISCHEL für

Digitized by Google

Ernährungsanpassungen einer Art, die durch Zwischenformen ineinander übergehen können. — Strauss erklärt auf Grund der Ergebnisse von Tierexperimenten Menschen- und Papageientuberkulose für identisch; die Infektion der Papageien erfolgt durch die Menschen. Er erklärt weiter, dafs Geflügel- und Menschentuberkulose verschiedene Infektionsträger voraussetzen, und dafs Menschentuberkulose auf Papageien übertragen nicht die Charakter der Geflügeltuberkulose annimmt. — Im übrigen sind die Papageien, wie Cadiot, Gilbert und Roger nachgewiesen haben, auch für die Vogeltuberkulose empfänglich. Diese Autoren halten die Säugetier- und die Vogeltuberkulose nicht für zwei verschiedene Arten, sondern nur für Varietäten ein und derselben Art.

In dem Falle D.s konnte kein Zweifel sein, dafs die Infektion durch tuberkulöse Menschen erfolgt ist. Von besonderem Interesse war in diesem Falle die Veränderung, welche die vom Menschen stammenden Bazillen in einer Generation in dem Gewebe des Vogels erfahren haben; sie mufs auf einen spezifischen Einflufs des Papageiengewebes auf das Stäbchen zurückgeführt werden. Auf diese Veränderung ist besonders hinzuweisen angesichts der neuerdings von Weber und Bofinger und von Lydia Rabinowitsch festgestellten Tatsache, dafs die Säugetiertuberkelbazillen im Papagei ihre biologischen Eigenheiten bewahren, und dafs eine Umwandlung von Säugetiertuberkulose in Hühnertuberkulose und umgekehrt niemals eintritt. — Irgendwelche Schlufsfolgerungen bezüglich der Identität oder Nichtidentität der Säugetier- und der Vogeltuberkulose zieht D. aus seiner Beobachtung nicht.

4. **Über die Pagetsche Krankheit (Pagets disease of the nipple)**, von M. A. Tschlenoff-Moskau. Schlufs des Artikels folgt. *Götz-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 1—3.

Untersuchungen über die Alopecia atrophicans, Varietas pseudopeladica, von L. Brocq, Lenglet und Ayrignac. Nachdem Neumann zuerst auf die hier in Frage stehende Alopecia hingewiesen hatte, veröffentlichte Brocq 1885 eine ausführliche klinische Beschreibung dieser Haarkrankheit. In der Folge befafsten sich auch andere Forscher — in Frankreich namentlich Quinquaud — mit ihr und brachten, indem jeder seinen Standpunkt vertrat, eine grofse Verwirrung in ihre nosologische Auffassung hinein. Zur Klarlegung der Frage hat Brocq mit seinen beiden Mitarbeitern die vorliegende Arbeit unternommen.

Im ersten Abschnitt werden wir mit der verschiedenen Auffassung der einzelnen Forscher bekannt gemacht. Neben der französischen findet auch die ausländische Literatur reichliche Würdigung. Der zweite Teil bringt 22 eigene, noch nicht veröffentlichte Beobachtungen Brocqs. Aufser diesen Fällen sind in der Literatur noch zwei weitere von Brocq, 27 von anderen Forschern niedergelegt. — Der Analyse und kritischen Würdigung dieser Beobachtungen ist der dritte Teil gewidmet.

Die Peudo-Pelade bevorzugt das Alter von 20—45 Jahren und befällt das männliche Geschlecht häufiger als das weibliche. Sie setzt fast immer ganz unmerklich ein, verrät sich durch kein Brennen oder Jucken und wird meist nur zufällig entdeckt. In der Regel erscheint sie zuerst am Haarwirbel und verbreitet sich von da aus weiter. Nur äufserst langsam; sie kann bis zu zehn Jahren andauern, führt aber niemals zu einer völligen Kahlköpfigkeit. Es scheint, als ob Zeiten des Stillstandes mit solchen einer schnellen Ausdehnung abwechseln, wobei letztere häufig durch eine akute Krankheit, Influenza, Lungenentzündung usw., eingeleitet wird.

Das Wesen dieser Alopecia atrophicans besteht nun darin, dafs sich kleine, stecknadelkopf- bis linsengrofse, kahle Stellen auf der behaarten Kopfhaut — meistens,

wie schon erwähnt, zuerst in der Gegend des Vertex — bilden. Diese Stellen sind weifs, glatt und atrophisch, etwas eingesunken, vollkommen haarlos und unterscheiden sich durch alle diese Eigenschaften von der Trichophytiasis und dem Herpes tonsurans, ganz abgesehen davon, dafs man bei ihnen niemals die GRUBY-SABOURAUDschen Sporen finden wird. Durch Zusammenwachsen solcher kleinen Herde entstehen gröfsere Plaques, und es werden in der Abhandlung je nach der Gröfse der Plaques drei Varietäten der Pseudo-Pelade unterschieden und gesondert besprochen; doch geben die Verfasser zu, dafs diese Einteilung etwas willkürlich sei. Während die Herde in fast allen Fällen schmerzlos sich entwickeln, so scheint auf den gröfseren von ihnen die Empfindung gegen Nadelstiche etwas herabgesetzt zu sein. Der Übergang von der kahlen Stelle zum bewachsenen Haarboden ist fast immer ein unvermittelter; doch wurde zuweilen an der Grenze der Plaques ein kleiner erythematöser Streifen, eine Zone von peripilarer Rötung usw. beobachtet. — Häufig ist die Alopecia atrophicans mit Seborrhoea oder Pityriasis capitis, mit Keratosis pilaris vergesellschaftet; zweimal trat in ihrem Verlauf auch Folliculitis auf.

Ein längerer Abschnitt ist der pathologischen Anatomie gewidmet. Hier lassen sich zwei Prozesse unterscheiden; der eine spielt sich am Haar ab und bewirkt seinen und aller seiner Scheiden Untergang, der andere an der äufseren Scheide des Haarfollikels; sie bleibt in einem veränderten, atrophischen Zustand bestehen. — Auch die Talgdrüsen atrophieren und nur die Schweifsdrüsen leisten langen Widerstand. Im ganzen haben die histologischen Veränderungen viele Ähnlichkeit mit denen beim Lupus erythematosus, nur dafs bei diesem das Infiltrat um die Haare mächtiger ist.

Die Ätiologie der Krankheit liegt noch ganz im Unklaren, ein spezifischer Bacillus liefs sich bis jetzt nicht nachweisen. In der Behandlung des Leidens haben sich den Verfassern Quecksilber und Schwefel am besten bewährt. — Die Differentialdiagnose findet schliefslich noch eine ausführliche Berücksichtigung.

Über die Hautveränderungen nach einem PRIESSNITZschen Umschlag, von CH. AUDRY. A. hat in einem Fall die Sudamina, wie sie nach einer feuchten Einpackung mit Vorliebe an Hand- und Fufsrücken auftreten, durch Biopsie untersucht und festgestellt, dafs es sich hier keinesfalls um kleine Vesikeln handle. Die kleinen Knötchen stellen vielmehr mit Schweifs gefüllte und aus Hornlamellen gebildete Porocysten dar. Sie enthalten aufserdem polynukleäre Leukocyten, die nicht durch Diapedese, sondern aus den Glomerulis auf dem Wege der Schweifsausführungsgänge hineingelangt sind.

Die feuchte Einpackung hat nicht an allen Körperstellen das Entstehen der Sudamina zur Folge, sondern der anatomische Bau der Haut — zahlreiche Schweifsdrüsen, eine sehr kräftige Hornschicht — wirken hier vor allem bestimmend.

Ein Fall von Sarcoides subcutaneum multiplex, von HENRI FRANÇAIS. Die Patientin erkrankte im Alter von 37 Jahren zuerst an heftigen Schmerzen der beiden Oberschenkel, zu denen sich später kleine subcutane Knötchen in grofser Menge hinzugesellten. Die Knötchen fühlten sich hart an wie kleine Schrotkörner, waren auf Druck sehr schmerzhaft, safsen in der Subcutis und waren zum Teil zu gröfseren Tumoren zusammengewachsen. Es bestand Fieber bis zu 38,9 des Abends. Aufser an den Oberschenkeln befand sich nur noch an der Hinterfläche des rechten Vorderarmes ein Herd der Neubildung. Durch Biopsie wurde festgestellt, dafs es sich um Sarcoides multiplex subcutaneum handle, eine Neubildung, die nach DARIER zu der Familie der Familie der Tuberkuliden gehört. Erbliche Belastung war in dieser Hinsicht bei der Patientin nicht nachweisbar; sie selber bot auch kein weiteres Symptom der Tuberkulose.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 5.

1. **Klinische Studie über die Pathogenese und die Semiotik der Albuminurie,** von E. Lancereaux. L. unterscheidet Albuminurien epithelialen, vaskulären und nervösen Ursprungs.

Die Albuminurien epithelialen Ursprungs oder vielmehr die Veränderungen der Nierenepithelien, die zur Albuminurie führen, werden verursacht durch die Einwirkung von Toxinen oder von chronischen Giften pflanzlicher oder mineralischer Natur. Die Erscheinungen sind die der chronischen parenchymatösen Nephritis. Das Herz bleibt bei dieser Art von Albuminurie nach L. stets intakt.

Bei den Albuminurien vaskulären Ursprungs handelt es sich zumeist um Veränderungen des Arteriensystems, und zwar entweder um angeborene — Bildungshemmungen, Aplasien, Atresie — oder um erworbene — arteriosklerotische Läsionen. In beiden Fällen kommt es zu sekundärer Degeneration der Nierenepithelien, die also die letzte Ursache auch der vaskulären Albuminurie ist; die Symptome, die bekannten Erscheinungen der Nierensklerose, sind jedoch ganz andere als bei den Albuminurien infolge primärer Erkrankung der Epithelien. Nierensklerose kommt schon in der zweiten Hälfte der zwanziger Jahre vor; am gefährlichsten ist sie für Leute im Alter von 45—60 Jahren, bei Menschen mit über 60 Jahren ist sie weniger zu fürchten, weil in diesem Alter nach L. die Arteriosklerose in ihrer Entwicklung gewöhnlich stehen bleibt. Die Ursache der selteneren Albuminurien venösen Ursprungs ist eine Behinderung der venösen Zirkulation in den Nieren, sei es infolge von Herzkrankheiten oder von Verlegung der Nierenvenen durch Thrombosen; diese können durch Kompression oder durch Venenentzündung, namentlich durch puerperale Phlebitis verursacht oder kachektischer Natur sein. Albuminurien venösen Ursprungs sind stets als bedenkliche Affektionen zu betrachten.

Nervöse oder funktionelle Albuminurien kommen sowohl bei ganz jungen Leuten, namentlich im Pubertätsalter, wie auch bei älteren Menschen vor; bei den jungen sind sie meist mit Dyspepsie, bei den älteren mit gichtischer Diathese oder mit Fettleibigkeit und Glykosurie verbunden. Sie sind wahrscheinlich von Störungen in der Funktion des Nierenepithels abhängig und verlaufen intermittierend oder kontinuierlich; der Urin enthält zeitweise oder dauernd mäßsige Mengen Eiweifs, ist aber im übrigen unverändert. Niemals kommt es zu schwereren oder gefährlichen Erscheinungen wie bei den anderen Arten von Albuminurie; die Prognose ist gut.

Bei Albuminurien epithelialen Ursprungs wirkt, wenn bereits Anurie eingetreten ist, Tinctura Cantharidum sehr gut; L. gibt davon 6—10 Tropfen pro die in Mixtura gummosa, daneben läfst er reichlich rohe Milch trinken. Bei Albuminurien vaskulären Ursprungs erzielt man durch Jodnatrium oder Jodkalium (1—3 g pro die) sehr schöne Erfolge, vorausgesetzt, dafs mit der Medikation frühzeitig, d. h. bei Beginn der Arteriosklerose angefangen wird.

2. **Die Harnbestandteile,** von Marcel Labbé und Henri Labbé. Die Verfasser schildern den Zusammenhang zwischen Nahrungsaufnahme und Gesamtstickstoffgehalt des Harnes und die Beziehungen des Eiweifses der Nahrung zur Ausscheidung von Harnstoff, Harnsäure und Xanthinbasen. Die Mitteilungen geben die letzten Ergebnisse der physiologischen Forschung wieder, enthalten aber im wesentlichen nichts Neues.

3. **Narbige Verengerung der Urethra eines fünfjährigen Kindes infolge von Varicellen. — Urethrotomia interna. Heilung,** von Monie-Limoges. Bei einem fünfjährigen, an Varicellen erkrankten Knaben traten, zweifellos hervorgerufen durch eine Varicellenblase im Innern der Harnröhre, Störungen bei der Urinentleerung

auf. Die Beschwerden verloren sich nach wenigen Tagen; dagegen bildeten sich in den folgenden Monaten die Erscheinungen einer Harnröhrenstriktur aus, zweimal trat sogar akute Retention auf. Die Sondierung ergab, dafs im Bulbus der Urethra eine enge Striktur vorhanden war. Urethrotomia interna und nachfolgende methodische Dilatation brachten Heilung, während der Dauer der Dilatationskur war der Knabe inkontinent. — Der Fall zeigt, dafs die Varicelleneruption sich auch auf die hinteren Teile der Harnröhrenschleimhaut ausdehnen, und dafs die Narbe, welche eine Varicellenblase hinterläfst, zur Bildung einer Striktur führen kann; während die narbigen Verengerungen infolge von Ulcerationen gewöhnlich im vordersten Abschnitte der Harnröhre sitzen und weite Strikturen darstellen, lag hier eine sehr enge Striktur im Bulbus der Urethra vor. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1905. Heft 3.

1. **Die Behandlung der Hautepitheliome mit Arsenik**, von Lebedde. Mibelli gegenüber, der auf Grund guter Erfolge — 15 Heilungen bei 20 Fällen — die Behandlung der Hautepitheliome mit Arsenik rühmt, betont L., dafs zwar der geübte Dermatologe mit dieser Methode unter Umständen, aber durchaus nicht immer, befriedigende Resultate erzielt, dafs dagegen der praktische Arzt, der keine ausgebildete Technik besitzt, mit der Arsenikbehandlung fast nie zum Ziele kommt. L. bleibt dabei, dafs für die Behandlung der Hautepitheliome nur drei Methoden in Betracht kommen: die Radiotherapie, die Exzision und die Auskratzung mit nachfolgender Galvanokauterisation.

2. **Experimentelle Erzeugung der Lepra beim Affen**, von Ch. Nicolle. N. gelang es, bei zwei Affen, die der Gattung Macacus angehörten, durch subcutane Injektion frischen leprösen Materials Lepra zu erzeugen. Bei beiden Tieren zeigte sich 62 Tage nach der Injektion an einer der verschiedenen Impfstellen je ein Knötchen, bei einem Tiere fanden sich einige Tage später an einer anderen Impfstelle noch zwei weitere Knötchen; sämtliche Knoten wurden im Laufe der nächsten Tage langsam gröfser. Die 14 Tage nach Beginn der Knotenbildung vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Knoten durch Lymphocyten und mononukleäre Leukocyten gebildet waren. Die Leukocyten enthielten spärliche (1—12) Leprabazillen. Mit Leprabazillen vollgefüllte Zellen, wie sie bei leprösen Menschen gefunden werden, waren nicht vorhanden; wahrscheinlich liegt das daran, dafs die Knoten erst 14 Tage alt waren. — Weitere Untersuchungen sind natürlich im Gange.

3. **Veränderungen des Knochenmarks in einem Falle von Pemphigus**, von Mario Pelagatti-Parma. Bei einem 60jährigen, an Pemphigus gestorbenen Manne, bei dem noch intra vitam eine beträchtliche Verminderung der roten und starke Vermehrung der weifsen Blutkörperchen konstatiert worden war, ergab die Sektion eine beginnende parenchymatöse Nephritis und Rötung und abnorm feste Konsistenz des Knochenmarks. Während normalerweise bei einem 60jährigen Menschen die Knochenhohlräume nur von Fett erfüllt sind, war hier, wie der mikroskopische Befund bewies, funktionierendes Knochenmark vorhanden. Es enthält sehr wenig Erythrocyten, dagegen sehr zahlreiche weifse Blutkörperchen, die sich fast ausnahmslos als mononukleäre Zellen erwiesen.

Die beschriebenen Veränderungen sind wohl geeignet, ein Licht auf die Ätiologie und die Pathogenese des Pemphigus zu werfen. Die Mononukleose mufs als eine Verteidigungsmafsregel des Organismus gegen eine Infektion oder eine Intoxikation aufgefafst werden. Da aber einerseits die Existenz eines spezifischen Mikro-

Digitized by Google

organismus durch nichts bewiesen ist, anderseits die parenchymatöse Nephritis, die bei Pemphigus sehr oft vorkommt, für eine Intoxikation spricht, und überdies von Pini im Harne eines Menschen mit Pemphigus vegetans toxische, auf Tiere giftig wirkende Substanzen gefunden wurden, so mufs wohl eine Intoxikation als Ursache des Pemphigus betrachtet werden. Möglicherweise handelt es sich dabei um eine toxische Substanz bakteriellen Ursprungs; dafür spricht die Tatsache, dafs alle Pemphigusfälle, die in den letzten zehn Jahren in der dermatologischen Klinik in Parma zur Beobachtung gelangt sind, aus ganz bestimmten Gegenden der Stadt stammten. P. nimmt nun an, dafs in seinem Falle ein im Blute kreisendes Gift auf die weifsen Blutkörperchen eine starke toxische Wirkung ausgeübt hat, durch die das Knochenmark in funktionsfähigen Zustand zurückversetzt wurde, dafs ferner die toxische Substanz auch auf die Wandungen der Hautgefäfse verändernd eingewirkt hat, und dafs die Veränderungen der Gefäfswände direkt zur Bildung der Blasen geführt haben. Diese Pathogenese ist nach P. die einzig denkbare; wenn sie richtig ist, dann ist der Pemphigus eine Krankheit des Blutes und gehört zu der von Leredde aufgestellten Gruppe der „Hämatodermitiden". Die Aufstellung dieser Gruppe hält P. für durchaus gerechtfertigt; falsch aber ist es, wenn Leredde angibt, dafs bei den verschiedenen, zu den Hämatodermitiden gerechneten Affektionen die Veränderungen des Blutes und speziell der weifsen Blutkörperchen stets die gleichen sind, und dafs der gröfste Wert auf die Vermehrung der polynukleären Zellen, besonders der eosinophilen zu legen ist. Richtig ist vielmehr, dafs jede der zu den Hämatodermitiden gezählten Affektionen eine andere leukocytäre Formel aufweist und dafs auch ein und dieselbe Affektion bei verschiedenen Menschen Verschiedenheiten dieser Formel erkennen läfst. Den Eosinophilen kommt bei den hierher gehörigen Krankheiten, wie überhaupt bei den Intoxikationen keine oder nur eine untergeordnete Bedeutung zu; dagegen verdienen die grofsen Mononukleären weitgehende Beachtung. Das systematische Studium dieser Zellen wird zu der gebührenden Würdigung der Veränderungen des Knochenmarks bei Pemphigus führen. *Götz-München.*

Bücherbesprechungen.

Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende von Prof. S. Ehrmann - Wien und Joh. Fick aus Kegel (Rufsland). Mit 21 Abbildungen und einer Tafel in Farbendruck. (Alfred Hölder, Wien 1905.) Dieses kurze Lehrbuch enthält auf ca. 100 Seiten die notwendigsten technischen Handgriffe, welche für den angehenden Dermatologen von Bedeutung sind; die normale Histologie und die allgemeine Histopathologie der Haut sind dabei nebeneinander in den einzelnen Kapiteln dargestellt, was als eine Neuheit unter den bezüglichen, bis jetzt in deutscher Sprache erschienenen Werken zu begrüfsen ist. Den die Technik behandelnden Teil, sowie die allgemeine Pathologie hat Fick, ausschliefslich auf eigene, in Prof. Ehrmanns Laboratorium gesammelte Erfahrungen sich stützend, geschrieben, bei der Schilderung der normalen Histologie an die Anatomie der Haut von Rabl (Handbuch der Hautkrankheiten von Mraček) sich angelehnt. Bezüglich der Technik schildert Verfasser einleitend nur diejenigen Verfahren, die das tägliche Brot des Präparators bilden, mit welchen er in den allermeisten Fällen auskommt, „die er aber auch genau beherrschen mufs". Was die

Gewinnung des Materials betrifft, so werden Hautstückchen dem Lebenden unter lokaler Äthylchloridanästhesie mit einem bauchigen Skalpell exzidiert, Anwendung der Schere ist nur bei gestielten Objekten zulässig; es empfiehlt sich, wenn angängig, bis ins subcutane Gewebe einzuschneiden, da die Präparation allzu dünner Stückchen manche Nachteile mit sich bringt. Die Untersuchung frischer und konservierter Objekte, die Celloidin- resp. Photoxylin-Einbettung, sowie die bekannte Paraffin-Einbettung werden in kurzem und wohlverständlich beschrieben; es folgen sodann die allgemeine und spezielle Färbetechnik, bei letzterer mit Beschränkung auf die gebräuchlichsten und wichtigsten. Von den Übersichtsfärbungen sind jene mit Hämatoxylin-Eosin und nach van Gieson die wichtigsten, von den Spezialfärbungen die Fibrinfärbung nach Weigert, die Epithelfaserfärbung nach Kromayer, nach Unna (mit Celloidin), die Färbung der elastischen Fasern nach Unna-Taenzer, nach Weigert, sowie Modifikationen der beiden letzteren genau angegeben. Einige wichtige Methoden der Bakterienfärbung, von welchen Referent als besonders notwendig für die Praxis die Darstellung der Favuspilze in Scutulis nach Kellogg hervorheben möchte, bilden die weiteren Abschnitte der Färbungen. So verlockend es wäre, auf Einzelheiten dieser Verfahren, bei welchen je die Zeitdauer der notwendigen Einwirkung der verschiedenen Mittel genau angegeben ist, einzugehen, so mufs sich Referent dies aus naheliegenden Gründen versagen. Am Schlusse dieses Abschnitts wird noch angefügt, an was alles bei Betrachtung eines histologischen Präparats zu denken ist: ob entzündlicher Vorgang oder Neubildung oder beides, ob Atrophie oder Hypertrophie usw. vorliegt; immerhin gesteht Verfasser trotz aller Verbesserungen durch die neuen Forschungen noch recht bedeutende Unvollkommenheiten unserer Untersuchungsmethoden zu, so dafs „wir in sehr vielen Fällen über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose nicht hinauskommen werden". Das Ziel jedoch, dem wir langsam, aber doch sicher zustreben, müfste sein, ein System der Hautkrankheiten auf die histopathologischen Befunde, welche auch ein sehr wertvolles Hilfsmittel, ja in vielen Fällen ein Korrigens der klinischen Krankenuntersuchung darstellen, zu basieren. Bei der normalen Histologie der Haut werden nun für die Epidermis, welche der Cutis aufliegt, sieben Schichten, von unten nach oben, angenommen: das Stratum germinativum, Stratum filamentosum, Stratum granulosum, Stratum intermedium, Stratum lucidum, Stratum corneum und Stratum disjunctum, für die Cutis drei Schichten, von oben nach unten aufgeführt: 1. Stratum papillare corii, Papillärkörper, 2. Stratum reticulare corii (Cutis, Derma), und 3. Stratum subcutaneum (Subcutis, Hypoderma). Als weitere Elemente der Haut werden sodann abgehandelt und die Veränderungen unter pathologischen Verhältnissen angefügt: die fixen Bindegewebszellen, das kollagene Gewebe, die elastischen Fasern, die Mastzellen; das Pigment der Cutis, die Melanoblasten von Ehrmann, von anderen Autoren Chromatophoren genannt, ist nach Ehrmanns Lehre, welcher aber verschiedene andere gegenüberstehen, als zelliges Umwandlungsprodukt des Blutfarbstoffes oder doch jedenfalls eines im Blut zirkulierenden Körpers beschrieben. Die Leukocyten und Erythrocyten, die Plasmazellen (nach Unna), die epitheloiden, die Riesenzellen (charakteristische Formen aus einem Lupusknötchen und aus einem weichen Naevus) sind als weitere, besonders für die Pathologie wichtige Zellformen kurz dargestellt. Die glatte Muskulatur, die Blut- und Lymphgefäfse, die Nerven der Haut bilden kurze Abschnitte; die Haare nebst deren Anhangsorganen, den Talgdrüsen, und dem schwieligen, noch immer nicht ganz aufgeklärten Vorgange des Haarwechsels, die Schweifsdrüsen, die Nägel (mit den trefflichen Schnitten nach Rabl) und schliefslich die Cutis als Ganzes, wo unter pathologischen Verhältnissen Plasmazellen, epitheloide, Riesenzellen, mono- und polynukleäre Leukocyten gleichzeitig vorhanden und das kollagene und

Digitized by Google

elastische Gewebe und die Gefäfse verändert sein können, sind die Endkapitel des Buches, welches in der Tat eine gute Führung durch dieses ganze schwierige Gebiet gewährt. *Stern-München.*

Die Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Hautaffektionen einschliefslich der Tropenkrankheiten, eine Übersicht für Ärzte und Studierende von George Pernet-London. (London, Allard & Son, 1904.) Das Buch bringt eine, besonders für Anfänger in der Dermatologie, recht lesenswerte und gewissenhafte Beschreibung all der zahlreichen Hautaffektionen, welche je in differentialdiagnostischer Hinsicht bei Syphilis in Betracht kommen können. Das einleitende Kapitel bespricht die allgemeine Diagnose, wobei Dauer der Erkrankung, Art des Beginns und der weiteren Entwicklung, allgemeine Symptome, wie Fieber, Kopfschmerzen usw., Nachforschung nach früherer Behandlung wichtige Punkte sind; Art der Verteilung des Hautausschlages — lokal oder allgemein, symmetrisch oder einseitig —, der Charakter der einzelnen Elemente und deren Anordnung — Gruppierung ist ein wichtiges Charakteristikum der Syphilis — sind weiterhin zu beachten. Wenn Verfasser rät, nicht nur mit dem Auge, sondern auch mit den Fingern zu untersuchen, so dürfte letzteres doch nur mit grofser Einschränkung zu empfehlen sein (Referent). Drüsenvergröfserung, Zustand der Mundschleimhaut, der Augen usw. können zur Bestätigung der Diagnose dienen, ebenso wie in zweifelhaften Fällen die spezifische Behandlung (je nach dem vermeintlichen Stadium Hg oder J oder auch beides gleichzeitig); P. nimmt übrigens den Standpunkt ein, dafs Hg in jedem Stadium der Syphilis indiziert sei. Jedoch gibt es immerhin Fälle von Syphilis, welche auf Hg nicht reagieren, anderseits ist letzteres Mittel auch in anderen wie syphilitischen Affektionen wirksam, z. B. bei Lichen planus und Jodkalium, ist auch gegen die Infiltrationen bei malignen Neubildungen, gegen Psoriasis usw. empfohlen worden. Auch sollte bei der Bestätigung der Diagnose die Gefahr der Syphilidophobie vor Augen stehen. Pernet ist sich wohl bewufst, dafs die Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Lues eine unvollkommene, aber für die praktische Verwertung differentialdiagnostischer Gesichtspunkte wohl noch die brauchbarste ist. Bezüglich des primären Schankers bespricht er die Verwechslung mit weichem Schanker (auch der harte kann in mehrfacher Zahl vorhanden sein), mit Herpes progenitalis, mit Scabies (wohl höchst selten! Referent), mit accidentellen Impfpusteln und mit beginnenden Epitheliomen (besonders in heifsen Ländern sind die äufseren Geschlechtsteile gern der Sitz derselben). Den extragenitalen Schankern ist ein (weiteres) eigenes Kapitel gewidmet; an den Fingern kommen sie gern bei Ärzten vor und hier sind Mittel- und Zeigefinger am häufigsten befallen, dann kommt der Daumen. Epithelioma, tuberkulöses Geschwür, Ulcus rodens, Sykosis, Molluscum contagiosum, Rhinoskleroma, Lupus vulgaris kommen bei der oft sehr schwierigen Differentialdiagnose von einem extragenitalen Schanker in Betracht. Nach einer sehr hübschen Übersicht über die sekundäre Syphilis, wo auch der Wichtigkeit der Urinuntersuchung (sekundäre syphilitische Nephritis) gedacht wird, werden gegenüber derselben als besonders wichtig beschrieben: die Arzneiexantheme, Ausschlag nach Blatternschutzimpfung, Pityriasis rosea, Psoriasis, papulo-squamöses Ekzema, Mykosis fungoides, Lupus erythematosus disseminatus, Lichen planus, Dermatitis herpetiformis, Pemphigus vegetans, akuter Pemphigus, Akne varioliformis und vulgaris (? Referent), die pustulösen Jod- und Bromeruptionen, das Ecthyma und die Akne scrophulosorum. Auch bezüglich der syphilitischen Tertiärerscheinungen, die eine kurz zusammenfassende Darstellung erfahren, verdient der Lupus vulgaris in erster Linie wieder eine differentielldiagnostische Würdigung: die Dauer des Leidens, Art der Verteilung (Syphilis selten symmetrisch, bei Lupus selten der behaarte Kopf affiziert, ebenso die Knochen) der

Hautaffektionen sind besonders zu berücksichtigen. Auch bei Lupus erythematosus ist die Symmetrie ein charakteristisches Zeichen gegenüber den syphilitischen Effloreszenzen des Tertiärstadiums; weiterhin können noch in Betracht kommen Ekzema rimosum, Sykosis, die verschiedenen Formen von Tinea (circinata, tropica), Aktinomykosis, Cysticercus cellulosae cutis, das Erythema induratum (BAZINS), wenn die knotigen Indurationen aufbrechen (kommt hauptsächlich bei jungen Frauen mit skrophulösem Habitus vor, ist auf zwei Seiten verteilt, und zwar den Hinterseiten der Waden), Milzbrand, Molluscum contagiosum, wenn aufgebrochen, PAGETS disease, Rhinoskleroma, welches aber in England aufserordentlich selten sein soll, schliefslich wieder Lepra und die tropischen Affektionen Yaws (Framboesia, Pian) und Verruga peruana; obwohl die Framboesia sowohl in ihren Hauteffloreszenzen wie in therapeutischer Hinsicht viele Ähnlichkeit mit Syphilis hat — beide reagieren auf Hg und JK —, so hält P. die so viel umstrittene Frage nun für endgültig erledigt und die Frambösie für eine selbstständige und viel weniger gefährliche, den Tropen eigentümliche Krankheit, welche meist nur die Eingeborenen und selten die Europäer befällt; beide Krankheiten, Yaws und Syphilis, könnten auch zweifellos dasselbe Individuum gleichzeitig befallen. Die letzten Kapitel besprechen die kongenitale Syphilis und die syphilitischen Erscheinungen bei Kindern, die Unterscheidung derselben von Pemphigus neonatorum, von Dermatitis exfoliativa, Epidermolysis bullosa, Intertrigo, Ekzema, generalisierter Vaccine usf. und zum Schlusse noch die an Haaren (Alopecia areata und Haarausfall, bei Seborrhoe, Pityriasis, Myxödem, Ringworm usw. vorkommend), Nägeln (besonders auch bei Lepra in Mitleidenschaft gezogen) differentialdiagnostisch wichtigen Erscheinungen, die Pigmentierungen, Entfärbungen, Narben (Ähnlichkeit mit jenen nach Lupus, Sycosis barbae, Akne varioliformis, Mykosis fungoides und den durch X-Strahlen entstandenen, so schwer heilenden Brandwunden). Auf die weiteren Einzelheiten der manchmal so überaus schwierigen Differentialdiagnose konnte Referent aus bekannten Gründen nicht eingehen und mufste sich mit dieser kurzen Übersicht des für jeden Arzt brauchbaren Buches begnügen.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Ein Beitrag zur Bakteriologie der Noma, von A. HOFMANN- und E. KÜSTER-Freiburg i. Br. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Die Verfasser fanden in einem Falle von Noma in den vordersten, frisch entzündeten Bezirken grofse Massen eines leicht gebogenen, schlanken, stumpf endigenden, 0,75 μ dicken, 5 μ langen Stäbchens, das sich dann auch aus einem in Gelatine versenkten Gewebsstückchen züchten liefs. Der Bacillus wächst auf allen gebräuchlichen Nährböden bei Vorhandensein von Sauerstoff sehr gut, während er anaërob nur kümmerlich gedeiht; er verursacht keine Gasentwicklung und verflüssigt Gelatine nicht. In älteren Kulturen und flüssigen Nährmedien wächst er häufig bis zu 40 μ langen Fäden aus, die sich meist septiert färben. In 48 Stunden alten Kulturen, namentlich in Gelatinekulturen, findet man reichlich ovale Sporen mit typischer Sporenfärbung. Der Bacillus zeigt

mäfsige Bewegung durch peritrische Geiseln, die kurzen Formen bewegen sich stärker als die ausgewachsenen Fäden. Die Färbung gelingt mit allen Anilinfarben, nach Gram färbt sich das Stäbchen nicht. — Von dem Bacillus hastilis oder fusiformis, der zu den regelmäfsigen Befunden bei der Angina Vincenti gehört und auch zuweilen bei Noma beobachtet wurde, ist der von den Verfassern gefundene und gezüchtete Mikroorganismus durchaus verschieden; auch kein anderer bekannter Bacillus läfst sich mit ihm identifizieren. *Götz-München.*

Gangrän des Scrotums, von C. Mozourelli - Mytilene. (*Brit. med. Journ.* 7. Jan. 1905.) Ein 35jähriger Ladenbesitzer in Mytilene erkrankte nach reichlichem Weingenufs bei einer dreitägigen Festlichkeit mit Fieber, Kopfweh und Schmerzen in der Gegend des Os ischii beiderseits. Verfasser fand dort nichts Abnormes, aber der linke Hoden war angeschwollen. Wenige Stunden darauf war das Scrotum enorm geschwollen, ödematös, dunkel verfärbt und knisterte beim Palpieren. Einige Inzisionen entleerten schaumiges Blut und Serum. Nach vier Tagen war das ganze Scrotum gangränös und löste sich mit geringer Nachhilfe vollständig ab. M. fragt, was jetzt die beste Methode der Behandlung wäre. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung des äufseren Milzbrandes beim Menschen, von Emil Hoffmann. (Inaug.-Dissert. Halle 1904.) Verfasser rühmt die Bramannsche Behandlungsmethode: Absolut konservatives Verfahren gegen die Pustel, Ruhigstellung und Elevation des erkrankten Gliedes, Bettruhe, Schutz des lokalen Krankheitsherdes vor sekundärer Infektion, Bedeckung mit grauer Salbe. Innerlich neben roborierender Diät vor allem Alkohol in konzentrierter Form und gröfserer Dosis. Von 24 Fällen Bramanns, die so behandelt wurden, sind nur zwei gestorben und die Mortalität beträgt nur 8,3 %, ein Prozentsatz, der weit hinter dem zurückbleibt, den W. Koch nach den in der Literatur gefundenen Angaben berechnete. Von 1473 Fällen endeten dort 1001 mit Genesung, 472 mit dem Tode, das sind 30 %.

Fritz Loeb-München.

Der Milzbrand und seine Behandlung, von Moadebod Dowleh. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 42.) D., der in Persien sehr viel Milzbrandfälle zu behandeln hat, läfst die Pustel zwei- bis dreimal täglich mit einer 1 ‰igen Sublimatlösung waschen und in der Zeit zwischen den Waschungen mit einer mit der gleichen Lösung getränkten Kompresse bedeckt halten; aufserdem gibt er innerlich 0,8—1,8 Chinin. mur. (auf zweimal zu nehmen) und setzt die Kranken auf reine Milchdiät. Die Resultate dieser Therapie sind vorzüglich; D. hat bei seinen zahlreichen Fällen nicht einen Mifserfolg gesehen. *Götz-München.*

Ein Fall von Anthrax des Vorderarms; Exzision; Heilung, von W. J. Kerr. Rochdale. (*Lancet.* 10. Dez. 1904.) Nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Serumbehandlung bei Anthrax. Zwei Fälle von Karbunkelseptikämie beim Menschen, die durch Antikarbunkelserum geheilt wurden, von Ivo Baudi-Bologna. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXVII. Heft 3.) Verfasser hat von einem Schafe nach sechswöchentlicher Behandlung ein Serum erzielt, das bedeutende antibakterielle und antitoxische Wirksamkeit aufwies. Seine agglutinierende Kraft gegenüber dem Karbunkelbacillus erreichte ein Maximum von 1 : 40. Mit diesem Serum hat er zwei Fälle mit Glück behandelt, bei denen die klinische und bakteriologische Untersuchung die auf ausnahmsweise schwere Karbunkelseptikämie gestellte Diagnose bestätigte. Es kam bei beiden Fällen das Serum zur Verwendung, als bereits ernste Anzeichen von allgemeiner Vergiftung, sich schwere Zirkulations- und Nierenstörungen geltend machten. Die bakterizide Kraft des Serums wurde durch den unmittelbaren Stillstand der progressiven Invasion der Karbunkelbazillen in den Organismus bewiesen, seine antitoxische Kraft durch die plötzliche Besserung des Allge-

Digitized by Google

meinbefindens und durch die vollständige Wiederherstellung der Nierenfunktion unmittelbar nach der Anwendung.

Verfasser rät grofse Dosen spezifischer Serummengen endovenös zu injizieren, da richtig hergestelltes Antikarbunkelserum bei dem Kranken nach seinen Erfahrungen keine ernsten Störungen hervorruft. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Ein mit dem SCLAVOschen Serum erfolgreich behandelter Fall von Anthrax der Haut, von C. B. LOCKWOOD und F. W. ANDREWES - London. (*Brit. med. Journ.* 7. Jan. 1905.) Es handelte sich um einen 31jährigen Mann mit einer etwa $^1/_4$ Zoll im Durchmesser betragenden gangränösen Stelle über dem rechten Jochbogen, aus welcher unzweifelhafte Anthraxbazillen gewonnen wurden. Da die Exzision an diesem Punkte mancherlei Nachteile bedingen würde, wurden von dem Serum von SCLAVO (Siena) 40 ccm dem Mann subcutan an Weiche und Abdomen injiziert. Eine Woche später war ohne weitere Behandlung trotz zeitweiliger Verschlimmerung der Krankheitserscheinungen eine deutliche Besserung eingetreten, und etwa vier Wochen nach der Injektion war nur eine ganz kleine granulierende Fläche von der ganzen Affektion zurückgeblieben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Anthrax (Pustula maligna), welcher mittels SCLAVOschen Serums behandelt wurde, von J. L. STRETTON - Kidderminster. (*Lancet.* 4. Febr. 1905.) Die Bedeutung der Behandlung mit dem Serum sieht S. in dem Umstand, dafs, trotzdem die Infektion offenbar mehrere Tage zurückdatierte, die Erkrankung mit Genesung endete. Es handelte sich um eine 35jährige Frau, welche 6 Tage vor der Aufnahme eine kleine Pustel am Kinn bemerkte und aufgekratzt hatte. Die Läsion vergröfserte sich, und man fand einige unzweifelhafte Milzbrandbazillen in dem alsbald exzidierten Gewebe. Es wurden 30 ccm Serum in vier Portionen in die Bauchhaut injiziert, und Patientin konnte nach acht Tagen aus dem Hospital entlassen werden. S. meint, dafs die Exzisionsstelle eine stärkere Eiterbildung aufwies, als sonst der Fall zu sein pflegt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein zweiter Fall von Pustula maligna cutis, wecher ohne Exzision mittels SCLAVOschen Serums erfolgreich behandelt wurde, von A. BOWLBY und F. W. ANDREWES-London. (*Brit. med. Journ.* 11. Febr. 1905.) Der 30jährige Patient hatte acht Tage vor der Aufnahme eine Kontusion der Stirn erlitten; an der verletzten Stelle war vier Tage später ein Aussickern seröser Flüssigkeit und am folgenden Tage Gangränbildung und Lymphdrüsenschwellung zu konstatieren. Die Flüssigkeit enthielt reichlich Anthraxbazillen, welche sich auch bei Prüfung an einer Maus als virulent erwiesen. Man injizierte 40 ccm in die Bauchhaut und bedeckte die Stirnwunde mit Borsalbe. Am folgenden Tage war auch bei diesem Patienten ein vermehrtes Ödem zu konstatieren, welches Verfasser durch die Wirkung der aus den zerfallenden Bazillen frei werdenden Toxine erklären. Aus dem Sekret konnten 19 Stunden nach der Injektion keine Anthraxkulturen mehr gewonnen werden. Patient wurde 14 Tage später gesund entlassen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Behandlung der Bubonen nach dem LANGschen Verfahren, von JOSEPH FORSCHBACH. (Inaug.-Dissert. Bonn 1903.) Indikationen und Gegenindikationen für die Behandlung suppurierender Bubonen nach LANG gestalten sich nach der Erfahrung des Verfassers folgendermafsen: 1. Unbedingt indiziert ist die Anwendung des LANGschen Verfahrens bei den gewöhnlich vorliegenden, nach Ulcus molle entstandenen Bubones suppurativi, wofern zugängliche Abscefshöhlen bestehen. 2. Bei nicht nach Ulcus molle, sondern auf einem anderen Substrat entstandenen Bubones suppurativi ist ein Versuch mit der LANGschen Methode empfehlenswert, mindestens zulässig. Reagiert der Prozefs aber auf diese Behandlung nur mangelhaft, so erscheint die un-

Digitized by Google

verzügliche Operation angezeigt. 3. Kontraindiziert ist das Langsche Verfahren: a) bei Bubonen, über denen die Haut bereits umfangreich zerstört ist; b) bei strumösen Bubonen, sobald man mit einiger Sicherheit das Befallensein vieler Drüsen, namentlich der tiefgelegenen, diagnostizieren kann. *Fritz Loeb-München.*

Die chirurgische Behandlung des weichen Schankers, von Carle. (*Sem. méd.* 1904. Nr. 35.) Fast immer wird es gelingen, den Schanker mit scharfen Ätzmitteln, chemischen oder physikalischen Agentien (Kauterisieren) zur Vernarbung zu bringen. Fälle, die bis 48 Stunden nach ihrem Auftreten in Behandlung kommen, können abortiv durch Thermokauter behandelt in sechs bis acht Tagen zur Abheilung kommen. Ältere Schanker, die infolge ihres ungünstigen Sitzes eine Abkratzung nicht zulassen, verlangen ebenfalls Glüheisen oder bei gröfseren Wundflächen Caustica. Einige rasche Heilungen hat C. durch Bestrahlung mit dem Thermokauter (täglich viertel- bis halbstündige Sitzungen) erreicht. Chirurgisch behandelte C. den Schanker nach Unnas Methode: Nach gründlicher Reinigung bringt U. das Geschwür und die nächste Umgebung zum Gefrieren und trägt mit dem Rasiermesser eine 2 mm dicke Schicht ab. Höllensteinätzung, Jodoform und Empl. Zinc. schliefsen die Wunde. C. modifizierte dies Verfahren, statt des Messers nahm er die krumme Schere und schlofs die Wunde durch Naht (Schanker am freien Rande des Präputiums).
Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Über die Ätiologie der nach Ulcus molle auftretenden Bubonen und Bubonuli, nebst einigen therapeutischen Bemerkungen, von Egon Tomasczewski. Aus der dermatologischen Universitäts-Hautklinik (!) zu Breslau. (Inaug.-Dissert. Halle 1904.) Die kulturelle Untersuchung venerischer Bubonen hat gegenüber dem mikroskopischen Streptobazillennachweis und der Inokulation den Vorteil, den gesamten oder einen sehr grofsen Teil des Buboneninhaltes zum Nachweis der Streptobazillen verwenden zu können. Am meisten zu empfehlen ist die Impfung von Blutagarkondenswasser, da die Benutzung dieses Nährbodens eine Art Anreicherung darstellt. Auch die kulturelle Untersuchung ist nicht imstande, in allen venerischen Bubonen Streptobazillen nachzuweisen; in etwa 40% bei den Fällen des Verfassers (Untersuchungsmaterial von 24 Bubonen); in sieben Bubonen, die erst wenige (drei bis sieben) Tage bestanden hatten, wurden nur in zwei Fällen Streptobazillen gefunden. Trotzdem erscheint die einheitliche Ätiologie aller venerischen Bubonen, d. h. die Genese aller durch eingewanderte Streptobazillen nicht zweifelhaft. Für diese Auffassung sprechen: Die Identität des klinischen Bildes bis zur Eröffnung des Bubo, der identische pathologisch-anatomische Befund bei virulenten und avirulenten Bubonen, die Abwesenheit der gewöhnlichen Eitererreger bei beiden Bubonenarten, die Entwicklung avirulenter vereiternder Bubonen nach Abheilung der Ulcera mollia, die Differenz zwischen pathologischem Befund und der Zahl der nachweisbaren Streptobazillen bei virulenten Bubonen im Moment der Eröffnung und endlich die zweifellos herabgesetzte Vitalität der Streptobazillen mancher virulenten Bubonen. Die Faktoren, welche die Streptobazillen der „avirulenten“ Bubonen vernichteten, sind im einzelnen noch nicht bekannt. Eine gewisse Rolle spielen wahrscheinlich Temperatursteigerungen, da Streptobazillenreinkulturen bei Temperaturen über 38° C. absterben. Von grofser Bedeutung ist sicher die Intaktheit der Hautdecke, da in eröffneten virulenten Bubonen sich eine rasche Vermehrung der Streptobazillen noch vor dem Schankröswerden der Wundränder nachweisen läfst. Für die Therapie der venerischen Bubonen stellt Verfasser folgende allgemeine Grundsätze auf: a) Im Beginn eines jeden Falles ist eine konservative Behandlung angezeigt, da sie dem Organismus die Bedingungen zur Vernichtung der Streptobazillen erhält; b) lokale Wärmezufuhr ist indiziert mit Rücksicht auf die Temperaturempfindlichkeit der Streptobazillen; c) bei vereiternden Bubonen hat dem

Digitized by Google

chirurgisch-technischen Eingriff eine Versorgung der Bubonenwundhöhle zu folgen, die imstande erscheint, die vorhandenen Streptobazillen zu vernichten resp. zu schädigen. Jodoform ist hierfür das geeignetste Mittel. *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung der Leistenbubonen, von CURT ADAM. (Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Verfasser behandelte seine Patienten zunächst mit Ruhe und feuchten Verbänden (basisch-essigsaures Blei), auch eventuell mit Kompressionsverbänden (Bleikompression). Führt dies nicht zum Ziel, so befördert er die Erweichung mit Spiritusverbänden und heifsen feuchten Verbänden. In drei Viertel aller Fälle führen die LANGsche und Jodoform-Vaselinmethode in etwa zwei Wochen zur Genesung. Rapid verlaufende und strumöse Bubonen gehören den Chirurgen, die sie mit Curettement oder Radikaloperation in durchschnittlich sechs Wochen heilen. Die Literaturangaben, die Verfasser in praktischer Übersicht am Schlufs seiner fleifsigen Arbeit bringt, umfassen nicht weniger als 221 Nummern und sind folgendermafsen angeordnet: 1. Historisches und Allgemeines: 31; essigsaure Bleibehandlung: 7; Kompression: 11; Vesicantia: 12; Kauterisation: 2; elektrischer Strom: 2; KERNDLsche Behandlungsmethode (Kompressen aus Wasser, Mehl, schwarzer Seife): 4; Jodtinktur, Jodkollodium (äufserlich): 4; Injektionen von Extractum alcoholicum Silphii cyrrenaeici: 5; spontaner Durchbruch: 3; Ätzpaste: 2; Skarifikation, mehrfacher Einstich: 7; einmaliger Einstich: 3; Aspiration: 6; kleine Inzision: 14; Punktion und Injektion von Jodtinktur: 7; Injektion anderer Mittel: 9; Injektion von Karbolsäure: 6; Jodoform-Vaseline: 9; WELANDER: 7; LANG: 12; breite Inzision: 13; Inzision, Curettement: 5; breite Inzision, LISTERscher Verband: 6; breite Inzision, Jodoformverband: 19; Methode der totalen Exzision: 15 Publikationen. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Bubonen, von EMIL HERRMANN-Budapest. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904. Nr. 46.) Ermuntert durch die günstigen Erfolge, welche SOMOGYI bei der Behandlung der Bubonen erzielte, indem er auf der Höhe der Fluktuation einen 6—8 mm langen Einstich machte, den Eiter ausdrückte und mit einer die Wundöffnung hermetisch verschliefsenden Spritze eine 10%ige Jodoform-Glycerinemulsion unter hohem Druck einbrachte und einen Deckverband anlegte — es heilten 80% seiner Fälle in 5—16 Tagen —, hat M. sich das SOMOGYIsche Verfahren in etwas modifizierter Weise zunutze gemacht. Er sticht nur mit der Spitze des Bistouri auf der Höhe der Fluktuation so weit ein, dafs gerade die Kapsel der erweichten Drüse geschlitzt wird, drückt den Eiter von allen Seiten aus, soweit er sich nicht selbst entleert und spritzt dann eine 10%ige Jodoform-Glycerinemulsion so ein, dafs nichts neben dem Spritzenansatz regurgitiert, ein Verfahren, das er zwei- bis dreimal hintereinander wiederholt, während die letzte Emulsion in der Abscefshöhle durch einen Sublimat-Kompressionsverband zurückgehalten wird. Am nächsten und dritten Tage Wiederholung der Injektion. Am fünften Tage waren die Wundränder der kleinen Öffnung meist verklebt, solide Vereinigung am sechsten bis siebenten Tage. Ersatz des Verbandes durch Heftpflasterstreifen. Unter 61 Fällen sind geheilt:

5	Fälle	in	4	Tagen	= 8%
19	„	„	5	„	= 31%
16	„	„	6	„	= 26%
9	„	„	7	„	= 14½%
7	„	„	8	„	= 11½%
2	„	„	9	„	= 3%
3	„	„	10	„	= 5%

Putzler-Danzig.

Zur Behandlung der Bubonen, von VIKTOR KLINGMÜLLER-Breslau. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1904. Nr. 22.) Im Anfang möglichst konservativ; solange sich mutmafslich noch keine Eiterherde gebildet, Umschläge mit Liqu. Al. acet. oder 50%igem

Spiritus, die Haut wird dabei durch dünnes Einfetten mit Zinkpaste geschützt. Der Verband soll fest, eine Art Druckverband sein; bleibt der Patient im Bett, werden heifse Sandsäcke von ziemlicher Schwere aufgelegt. Ist Abscedierung eingetreten, kann man zunächst dasselbe Verfahren versuchen, wenn nach drei bis vier Tagen kein Erfolg erzielt wird, so wird mit einem spitzen Messer punktiert und das LANGsche Verfahren — Injektion einer $^1/_4$ %igen Lösung von Arg. nitr. unter starkem Druck — angewandt. Sind die Argentuminjektionen sehr schmerzhaft, so kann man sie auch durch Injektionen mit 5—10%iger Jodoformvaseline ersetzen, oder 10%ige Protargolvaseline. Ist die Abscedierung schon zu weit vorgeschritten und die darüber liegende Haut affiziert weich und blaurot verfärbt, so ist zunächst das Injektionsverfahren doch erst einmal zu versuchen, da dadurch die Haut überraschend oft wieder in normalen Ernährungszustand übergeht, im anderen Falle ist die Operation, Entfernung des nekrotischen Gewebes mit dem scharfen Löffel, angezeigt. Nur in ganz seltenen Fällen kommt die Totalexstirpation der affizierten Drüsen in Betracht.

Als Hauptgrundsatz der Therapie der Bubonen stellt Verfasser ein möglichst langes Abwarten auf, ehe man sich zu einem gröfseren operativen Eingriff entschliefst.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Die heutige Indikationsstellung in der Epitheliomtherapie, von G. HOLZKNECHT-Wien. (*Halbmonatsschr. f. Haut- u. Harnkrankh.* 1904. Nr. 20.) Zur chirurgischen Behandlung der Epitheliome ist die Strahlungstherapie hinzugekommen, und zwar kommen in Betracht die Röntgen- und die Radiumstrahlung; zwischen beiden entscheidet der leider fortbestehende physische Mangel an Radium; es gibt nur wenige Stellen, an denen genügende Radiummengen verwendet werden können, und es wird daher das letztere nur für jene Fälle und Körperstellen in Betracht kommen, welche mit der Röntgenröhre nicht zu erreichen sind. Die neue Indikationsstellung benötigt folgende Einteilung der Epitheliome:

I. Inoperable Fälle; sie sind der palliativen Bestrahlung zuzuführen, weil sie von allen palliativen Methoden das beste leistet.

II. Operable, tiefgreifende Epitheliome; sie sind radikal zu exstirpieren.

III. Ganz oberflächliche Formen und ihre Vorstadien, Seborrhoea oleosa, Morbus PAGET; sie sollen der Röntgentherapie zugewiesen werden.

IV. Mischformen zwischen II und III; die meist gröfseren oberflächlichen Teile sind durch X-Strahlen zu heilen, der tiefgreifende Rest ist zu exstirpieren.

Bestehen Zweifel, ob die Epitheliome wirklich nur „ganz oberflächlich" sind oder ob die ganze Dicke der Haut ergriffen ist, so läfst sich durch eine einmalige genügende Bestrahlung der Grund reinigen und freilegen.

H.s umfangreiche kasuistische Beobachtung und die ganze diesbezügliche Literatur stimmen überein, dafs den ganz oberflächlichen Formen die Röntgenbestrahlung die gleichen ausgezeichneten Resultate quoad sanationem gibt wie die Exstirpation. Aber das kosmetische Resultat ist bei der ersten ungleich besser, da die oberflächlichen Epitheliome nach der Röntgenbestrahlung in idealster Weise elektiv heilen, nur das Epitheliomgewebe resorbiert wird und die zurückgebliebene Narbe nur der durch das Epitheliom selbst gesetzten irreparablen Zerstörung entspricht, während jede andere Therapie gezwungen ist, auch noch Gesundes zu entfernen. Dazu kommt, dafs wirklich kosmetische Resultate von Plastiken, die ja bei Exstirpationen häufig nötig werden,

Digitized by Google

nicht zu garantierende Einzelfälle sind. Wenn daher ausgebreitete, oberflächliche Epitheliome mit Röntgen, wie es ja tatsächlich der Fall ist, mit einer kaum erkennbaren Veränderung der Haut zu heilen sind, darf man das Gesicht nicht mit einer Plastik entstellen. Ebenso mufs der gröfsere Teil von oberflächlichen, ausgebreiteten Epitheliomen, welche eine circumskripte, tiefgreifende Stelle aufweisen, mit einer Bestrahlung geheilt und der Bereich der Exstirpation auf den kleinstnotwendigen beschränkt werden. Was die inoperablen Carcinome anbelangt, so leistet auch hier die Bestrahlung noch immer das beste insofern, als durch Verschwinden der Schmerzen, oberflächliche Rückbildungsvorgänge oder Wachstumshemmungen, Abnahme der Jauchung, teilweise oberflächliche Überhäutung von Ulcerationen subjektive Erleichterung und sichere Hoffnung auf Heilung erweckt wird.

Es folgen zum Schlufs kurze Angaben über spezielle Technik, Verlauf, Prognose der Röntgenbehandlung bei Gruppe I, III und IV der Epitheliome.

Putzler-Danzig.

Die Behandlung der Epitheliome der Haut, von Leredde. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 4.) L. hat sich bereits mehrfach, so z. B. in der *Revue pratique des maladies cutanées*, über die Behandlung der Hautepitheliome ausgesprochen; wie in diesen früheren Arbeiten, so empfiehlt er auch hier als beste Methode für die Mehrzahl der Hautepitheliome die Behandlung mit Röntgenstrahlen, mit der man dauernde Heilung unter Bildung tadelloser, wenig auffallender Narben erzielen kann. Neben der Radiotherapie kommt nur noch, namentlich für ausgedehnte, tiefgreifende Epitheliome, die bereits auf Knochen übergegriffen haben, die Exzision in Frage und bei ganz oberflächlichen Formen, oder wenn aus irgendwelchen äufseren Gründen weder Behandlung mit Röntgenstrahlen noch Exzision ausführbar ist, die Auskratzung mit nachfolgender Thermo- oder Galvanokauterisation. *Götz-München.*

Über ein Epithelioma papillare; ein Beitrag zur partiellen Spontanheilung epithelialer Tumoren, von Leopold Schwarz. (Inaug.-Dissert. Berlin 1904.) Es handelt sich im beschriebenen Fall um ein verhältnismäfsig schnell wachsendes Epitheliom papillären Charakters, welches einerseits wegen seiner Verhornung den Kankroiden sehr nahe steht, anderseits wegen seiner partiellen Verkalkung den verkalkten Epitheliomen verwandt ist, mit ausgedehnter Organisation, welche auf einem durch entzündliche Vorgänge vorbereiteten Boden in verhältnismäfsig kurzer Zeit stattgefunden hat und als partielle Heilung aufzufassen ist, und zahlreichen Fremdkörperriesenzellen teils bindegewebiger, teils aber auch epithelialer Natur. Entstanden ist der Tumor wahrscheinlich auf dem Boden eines Atheroms. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Adenocarcinom des Nabels, von W. H. Hertz. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) Kasuistische Arbeit. *Fritz Loeb-München.*

Die Keimzellentheorie in bezug auf Krebs, von A. S. Grünbaum-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 17. Dez. 1904.) Die Entstehung von malignen Tumoren ist nach G. am ehesten auf dem Wege der Embryologie und der Cytologie zu erklären. Als wichtige Momente in dieser Beziehung bezeichnet er den Beweis von der morphologischen Kontinuität der Keimzellen und den Nachweis der heterotypen Mitose bei malignen Tumoren. Nach Beobachtungen von Beard findet bei der fötalen Entwicklung ein Einschlufs von Keimzellen innerhalb des Embryos zur Bildung der Sexualzellen statt; es seien also diese Sexualzellen nicht vom eigentlichen Embryo abgeschieden, sondern, vom Chorion herstammend, demselben einverleibt. Durch eine Versprengung, eine Einlagerung an verkehrter Stelle, ist die Gelegenheit zur Entwicklung von Neubildungen, malignen und benignen, welche nicht fundamental voneinander verschieden seien, gegeben. (Nach diesem nur im Exzerpt veröffentlichten Vortrag käme man auf die Cohnheimsche Theorie zurück. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Entwicklung und das Wachstum des Hautcarcinoms, von Bernhard Guttmann. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über das Vorkommen von Carcinom auf der Basis von Lupus und Geschwüren, von Theodor Martschke. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1904.) Verfasser teilt zunächst die Krankengeschichten derjenigen Fälle mit, die in der Göttinger Klinik in der Zeit von 1896 bis jetzt unter der Leitung von Braun zur Beobachtung gekommen sind. Es sind dies zehn Fälle von Carcinom auf Lupus und sechs Fälle von Carcinom auf Geschwüren. Die Zeit, die vom Beginne des Lupus resp. Geschwürs bis zum Ausbruche des Carcinoms verstrich, war in den aufgezählten Fällen stets eine viele Jahre dauernde, durchschnittlich 35 Jahre, die geringste betrug 15, die längste etwa 40 Jahre. Das Alter der Patienten weicht nicht von dem ab, in welchem überhaupt das Carcinom am häufigsten ist. Das Durchschnittsalter war in den beschriebenen Fällen 52 Jahre, das niedrigste 32, das höchste 71, neun Fälle kommen auf das männliche Geschlecht, sieben auf das weibliche. Drüsenmetastasen finden sich nur in vier Fällen. Um über das Wesen und den Verlauf der hier in Frage kommenden Carcinome nähere Aufklärung zu erfahren, hat Verfasser die bis jetzt in der Literatur bekannt gegebenen Fälle gesammelt. Es sind dies mit den seinigen 293 Fälle. Von diesen 293 Carcinomen sind entstanden auf Lupus 141, auf chronischen Geschwüren 108, auf Knochenfisteln 44. Soweit das Geschlecht angegeben ist, befinden sich darunter 201 Männer, 80 Frauen. Die jüngsten betroffenen Personen sind ein Mädchen von 9 und ein solches von 14 Jahren, die älteste Person ist ein Mann mit 81 Jahren.

Es standen im Alter von	Gesamtzahl der Personen	Davon entfallen auf Carcinome		
		auf Lupus	auf Geschwüren	auf Knochenfisteln
1—10 Jahren	1	1	—	—
11—20 „	1	—	1	—
21—30 „	16	13	3	—
31—40 „	39	17	14	8
41—50 „	76	32	26	18
51—60 „	78	31	35	12
61—70 „	29	14	11	4
71—80 „	11	3	7	1
81—90 „	1	—	1	—

Fritz Loeb-München.

Zwei Fälle von Wangencarcinom auf Grund von Leukoplakia buccalis, von Ferdinand Rauch. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. № 11. 1. Juni 1905.

Aus Dr. P. G. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Über Lupus vulgaris postexanthematicus.

Von

Dr. Franz von Veress,
Assistenten an der kgl. ungar. Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kolozsvár. (Direktor Professor von Marschalkó.)

Mit einer Tafel.

Es kommt bekanntlich häufig vor, dafs die lupöse Erkrankung der Haut von einem ursprünglichen Herde aus sich nach und nach in vielen getrennten Herden verbreitet; unter geeigneten Umständen tritt sie aber schon von Anfang an an mehreren Körperstellen gleichzeitig auf und wird dann Lupus vulgaris disseminatus oder multiplex genannt. Der Name, oder vielmehr der Gebrauch desselben, ist nicht ganz exakt, da man darunter sowohl Fälle mit drei bis vier Herden, als auch solche mit hunderten verstehen kann. Ferner wurde dieser Name einerseits variiert — Tilbury Fox, Pontoppidan und Nielsen nannten Lupus follicularis disseminatus Fälle von Hauttuberkulose, die sich später als Lupus vulgaris erwiesen — anderseits wurde der Begriff des zerstreuten, multiplen Lupus für die Bezeichnung von Affektionen benutzt, die gar nichts mit Lupus zu tun haben. Balzer beschrieb eine den Darierschen Tuberkuliden ähnliche Erkrankung unter dem Namen Lupus nodularis miliaris (ou tuberculides acnéiformes) usw.

Nun gibt es eine besondere Gruppe des Lupus vulgaris disseminatus, die gewöhnlich im Kindesalter, im Anschlufs an akute, exanthematische Infektionskrankheiten, wie Masern oder Scharlach, beobachtet wird. Trotz des Reichtums unserer Nomenklatur besitzen wir keinen Namen für diese typische Kinderkrankheit, sondern müssen immer die Ergänzung hinzufügen: (Lupus disseminatus) nach akuten Exanthemen und dergl. Um dies zu vermeiden, sei es uns erlaubt, die Krankheit in diesem Aufsatze einfach, kurz und bezeichnend Lupus vulgaris postexanthematicus zu nennen, womit jeder Irrtum und die Notwendigkeit langer Adjektive beseitigt wird.

Digitized by Google

Wir hatten Ende 1904 in Herrn Dr. Unnas Dermatologicum Gelegenheit gehabt, einen derartigen Fall histologisch zu bearbeiten, und indem wir denselben veröffentlichen, beabsichtigen wir, teils die immer noch geringe Zahl der bisher publizierten Fälle zu vergrößern, teils die verschiedenen Ansichten über die Entstehungsweise dieser akuten, multiplen Hauttuberkulose zu besprechen, teils unsere eigene Ansicht über den Gegenstand zu entwickeln.

Es handelte sich um einen Knaben, der von Herrn Dr. Just in Hamburg behandelt und in Herrn Dr. Unnas Klinik geschickt wurde, wo die Exstirpation unseres untersuchten Materials stattfand. Wir verdanken Herrn Dr. Just die folgende Krankengeschichte:

Otto G..., sechs Jahre alt, Arbeiterkind, Eltern gesund, ein Bruder gestorben, drei Tage alt, an Lebensschwäche. Die Mutter hatte bei ihren beiden Schwangerschaften ein über den ganzen Körper sich verbreitendes Hautjucken, das mit der Entbindung jedesmal verschwand.

Otto hatte, vier Jahre alt, Scharlach mit Vereiterung der rechtseitigen Unterkieferdrüsen. Dezember 1902 Morbilli, Februar 1903 Wasserpocken. Von letzterer Erkrankung sind die jetzt vorhandenen Erkrankungen der Haut zurückgeblieben, indem die Wasserblasen zwar verschorften, aber nicht heilten.

25. Mai 1904. Status: Gesunder Knabe mit Operationsnarbe an der rechten Seite des Halses. Hals- und Nackendrüsen sehr wenig vergrößert. Im Gesicht drei auf der rechten Wange gelegene rote, erhabene Stellen mit eingelagerten Knötchen, die unter dem Druck eines Glases bräunlich durchschimmern, vier ähnlich aussehende Flecke am rechten, drei am linken Arm, zwei am linken Oberschenkel, einer an der linken Seite des Gesäßes, einer am linken Unterschenkel, einer an der Seite der linken kleinen Zehe, endlich einer an der linken Fußsohle. Die Flecke variieren von Linsen- bis zu Einmarkstück-Größe, der größte sitzt auf der rechten Wange.

26. Mai. Exzision aller Stellen.

21. Juni. Alle Stellen sind gut verheilt, die Narben von gesundem Aussehen.

Wir durchsuchten die uns zugängliche Literatur und fanden — abgesehen von den bei Erwachsenen nach und nach oder infolge Erysipels, Elephantiasis usw. auftretenden disseminierten Lupusfällen sowie von den unter den verschiedenen Namen Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox, Bettmann ...) Aknelupus (Hutchinson) oder Lupus miliaris (Duhring) publizierten, nicht typischen Lupusfällen — im ganzen 26 Fälle von disseminiertem Lupus bei Kindern, von denen 21 sicher im Anschluß an akute Exantheme entstanden sind.[1] In den übrigen fünf Fällen[2] wurden Exantheme in der Anamnese nicht beobachtet oder übersehen, obwohl man annehmen dürfte, daß solche stattgefunden haben.

Betreffs der Entstehungsweise dieses postexanthematischen Lupus ist immer noch die Frage zu beantworten, ob die multiloculäre Infektion

---

[1] Je ein Fall von Adamson, Besnier, Colcott Fox, Leichtenstern, Lailler, Pelagatti, Török und Tobler; ferner Du Castel (vier Fälle), Doutrelepont (vier), Haushalter (zwei), Philippson (zwei). (Siehe Literaturverzeichnis.)

[2] Abraham, Goldzieher, Kraus und (zwei) Sevestre.

der Haut von aufsen oder von der Blutbahn aus geschieht. Einige der Autoren enthalten sich der Meinungsäufserung, die meisten aber betonen die Wahrscheinlichkeit der hämatogenen Entstehung, indem alle von der Voraussetzung ausgehen, dafs die Tuberkelbazillen wahrscheinlich aus einem vorhandenen (?) inneren Herde mobilisiert und auf dem Wege der Blutbahn in die Haut transportiert werden. Wie hypothetisch aber diese Erklärung ist, zeigen auch BETTMANNS Worte, welche die Ansicht aller auf diesem Standpunkte stehenden Forscher ausdrücken: „Eine anatomische Stütze dieser (hämatogenen) Ansicht durch den Nachweis vermittelnder Gefäfsveränderungen in der Umgebung der Herde ist allerdings bis jetzt nicht geliefert worden." — Dennoch sprechen sich fast alle Autoren, also auf Grund einer Hypothese, für einen metastatischen Infektionsmodus aus, welcher Umstand uns dazu bewegt, die Frage näher ins Auge zu fassen.

Betrachten wir die Sache vorläufig von der rein klinischen Seite, so sind für die objektive, logische Folgerung folgende Argumente beachtenswert:

Die Annahme hämatogenen Ursprungs wird gestützt durch die a) Multiplizität und b) das gleichzeitige einmalige Auftreten der lupösen Herde. Man glaubt, dafs die mehr oder minder hohe Temperatur und die allgemeine Abschwächung des Organismus im Laufe dieser akuten Exantheme die Mobilisierung der latenten Tuberkelbazillen bewirken. Der erhöhte Wärmezustand der Haut soll das Haften der Bazillen daselbst erleichtern, indem er günstigere Lebensbedingungen für dieselben schafft. Sind die Tuberkelbazillen aus irgendeinem inneren Krankheitsherde auf venösem Wege in die Blutbahn gelangt, so werden sie allerdings immer auf einmal und an verschiedenen Stellen deponiert. Aber nun treten mehrere Fragen, die diese Theorie in ungünstigem Lichte erscheinen lassen, in den Vordergrund.

α) Weshalb geschieht die Dessiminierung des Lupus nur bei solchen Kindern, die akute Exantheme — Wasserpocken, Masern, Scharlach — überstanden haben? Es gibt ja eine Anzahl sehr febriler und abschwächender Kinderkrankheiten, z. B. verschiedene akute Affektionen der Luftwege, des Verdauungssystems, der Hirnhäute usw., nach denen man noch kaum disseminierten Lupus entstehen sah.

β) Warum tritt die Krankheit nicht während des Exanthems auf, sondern gewöhnlich während und nach der Rekonvaleszenz? Aus den uns vorliegenden Fällen entnehmen wir die Angaben, dafs die lupöse Hautaffektion einmal (DOUTRELEPONT) gleichzeitig mit dem Exanthem erschien, sechsmal kurz nachher (ADAMSON, DOUTRELEPONT, TÖRÖK, PHILIPPSON), dreimal einfach „nachher"

Digitized by Google

oder „einige Zeit später" (LAILLER, HAUSHALTER), in zwei Fällen (DU CASTELS) während der Rekonvaleszenz, im Falle TOBLERS einige Zeit nach der Abschuppung, während in den übrigen Fällen mindestens 3—4—6 Wochen (DU CASTEL, PELAGATTI) und sogar 17 Monate (COLCOTT FOX) nach Ablauf des akuten Exanthems.

Diese grofsen Zeitraumdifferenzen sind sehr schwer mit der hämatogenen Theorie in Übereinstimmung zu bringen, denn es ist nicht denkbar, dafs die Tuberkelbazillen einmal einer Inkubationszeit von Wochen und Monaten bedürfen, ein anderes Mal aber in wenigen Tagen Lupus erzeugen können.

γ) Weshalb entstehen keine anderen Metastasen, weshalb keine allgemeine Embolisation? Es wäre tatsächlich schwer begreifbar, dafs bei einer Embolisation alle anderen Organe verschont und nur die Haut angegriffen werden kann. Es gibt keine annehmbare Erklärung für die exklusive Beteiligung der Haut an der metastatischen Infektion. Wir wissen im Gegenteil, wie selten die Haut an allgemeiner Miliartuberkulose erkrankt, und können daraus schliefsen, dafs die inneren Organe (Wärme, Blutreichtum) den Tuberkelbazillen gegenüber viel empfänglicher sind als die Haut.

Die CORNETsche Auffassung über geringere Disposition der Haut infolge ungünstiger Wachstumstemperatur für die Bazillen, fällt zwar bei akuten Exanthemen weg, da die Haut im Fieber auch erhitzt ist, aber in demselben Mafse erhöht sich die Temperatur aller inneren Organe, die ja auch unter normalen Umständen ca. 2° C. wärmer sind als die Haut. Und wenn wir zugeben möchten, dafs der Lupus postexanthematicus eine Teilerscheinung allgemeiner Embolisation sein könnte, so wäre doch sonderbar, dafs die vielen inneren metastatischen Herde so ohne klinische Symptome verlaufen und ohne weiteres abheilen können. Es sind allerdings einige Fälle beschrieben worden (DOUTRELEPONT, HAUSHALTER), wo die Kinder früher schon anscheinend tuberkulös belastet oder skrophulös waren. TOBLER veröffentlichte auch das Obduktionsprotokoll, nach dem das Kind an miliarer Lungentuberkulose erlag.

Die meisten Fälle aber betreffen nichtbelastete, gesunde Kinder, die sowohl das Exanthem als auch die konsekutive Hauttuberkulose glücklich überstanden — also nicht an allgemeiner Miliartuberkulose gelitten — haben. Viele der Autoren (DU CASTEL, DOUTRELEPONT, PHILIPPSON usw.) heben direkt hervor, dafs ihre kleinen Patienten gesund und kräftig waren, aus gesunder Familie stammten und keine Zeichen von Tuberkulose oder Skrophulose trugen. Wir können also konstatieren, dafs der postexanthematische Lupus gewöhnlich bei nichttuberkulösen Kindern, ohne innere Metastasen und ganz entschieden ohne allgemeine Embolisation auftritt.

Digitized by Google

Endlich müfsten die Anhänger der hämatogenen Theorie die Frage beantworten: δ) wie es zu erklären ist, dafs der disseminierte Lupus so oft Wochen und Monate nach dem akuten Exanthem mehrmals schubweise exacerbiert, um dann einige Zeitlang wieder unverändert zu bleiben? In solchen Rezidivfällen sind ja die für die Embolisation angeblich nötigen Ursachen und Bedingungen — wie Fieber, allgemeine Befallenheit des Organismus usw. — längst vorbei.

Alle in diesen vier Fragen bezeichneten Umstände und Argumente sprechen gegen die hämatogene Entstehung des postexanthematischen Lupus und verstärken die hauptsächlich von Unna vertretene Ansicht des äufseren Infektionsmodus.

Es ist klar, dafs man sich kaum günstigere Bedingungen zur äufseren Infektion vorstellen kann, als den Zustand einer von Wasserpocken, Masern oder Scharlach betroffenen Haut. Dieselbe ist entzündlich, serös durchtränkt, von erhöhter Temperatur und bietet demnach einen geeigneten Nährboden für die Tuberkelbazillen. Während, resp. kurz nach der Krankheit ist sie von Bläschen, Pusteln, verschiedenen Schädigungen und Exkoriationen übersät, später im Laufe der Abschuppung der widerstandsfähigen, normalen Hornschicht beraubt und mit neuem, hier und da wahrscheinlich mangelhaftem, jungen Stratum corneum bedeckt. Einer vielfachen Inokulation steht also Tür und Tor offen. Dazu kommt noch der Umstand, dafs der mehr oder minder heftige Juckreiz die Kranken zu energischem Kratzen veranlafst, und Tuberkelbazillen finden sich bekanntlich überall, in der Luft herumschwebend, im Bettzeug — zumal bei ärmeren Familien, wo diese Lupusfälle am häufigsten auftreten — und hauptsächlich unter den Fingernägeln. Es ist eigentlich sonderbar, dafs diese Art von Lupus bisher fast ausschliefslich bei Kindern und niemals bei Erwachsenen — wo ja Masern und Scharlach auch keine seltene Erkrankung sind — beobachtet wurde. Der Grund dafür liegt möglicherweise in der Zartheit der Kinderhaut.

Wenn wir bedenken, dafs fast alle an postexanthematischem Lupus leidenden Kinder Effloreszenzen an den den mechanischen Einflüssen am meisten exponierten Stellen, wie Ellenbogen, Knie und Gesäfs, besitzen, so wird die Wahrscheinlichkeit der äufseren Impfung noch mehr erhöht. Es dürfte ferner kein Zufall sein, dafs die rechte Wange der Patienten so oft befallen ist, sondern vielleicht die Folge davon, dafs dieselbe von der rechten Hand leichter erreichbar ist und öfter gekratzt wird.

Nehmen wir an, dafs die Infektion auf diese Weise von aufsen durch Inokulation geschieht, so sind alle klinischen Eigentümlichkeiten des postexanthematischen Lupus einfach und zwanglos erklärt. Dafs die

Krankheit nur nach Exanthemen, die die Haut an vielen Stellen lädieren, vorkommt, dafs sie nicht während des Exanthems, sondern in und nach der Rekonvaleszenz auftritt, dafs gewöhnlich keine innere — wenigstens keine diagnostisch erkennbare — Embolisation entsteht und dafs sich lange Zeit nach Ablauf des akuten Exanthems Exacerbationen, Nachschübe einstellen können usw.; alles stimmt haarscharf und bestätigt die Inokulationstheorie.

* * *

Das von uns histologisch untersuchte Material dieses Falles stammt von sechs verschiedenen Hautpartien des erkrankten Kindes, und zwar: vom rechten und linken Oberarm, vom linken Fufs und dessen kleiner Zehe, von der rechten Wange und dem linken Gesäfs. Der Charakter des histologischen Bildes der exzidierten Stücke war ziemlich gleich, so dafs wir uns darauf beschränken können, eine allgemeine, kurze Beschreibung derselben zu geben.

Den klinisch als Knötchen erkennbaren Effloreszenzen entsprechen meist rundliche, hier und da konfluierende Herde, die oberflächlich gelegen und oft um Haarbälge und Talgdrüsen gruppiert sind. Das Epithel ist über den Knötchen entweder zu einer leistenlosen, dünnen Schicht ausgezogen (Fig. 1 u. 2) oder ganz verschwunden, so dafs der Infiltrationsherd in diesen Schnitten nach oben (Fig. 3) frei und unbedeckt ist. In anderen (Abbildung Nr. 1) findet man Zeichen sekundären Ekzems, nämlich geringe spongioide Degeneration in den Stachelzellen und Parakeratose der Hornschicht.

Die Herde selbst liegen gröfstenteils dicht unter dem Epithel, ohne durch gesunde Cutis davon getrennt zu sein, und sind den Krümmungen der Oberhaut angepafst. Sie ragen nicht sehr tief in die Cutis hinein, sondern erstrecken sich hauptsächlich auf das Stratum subpapillare; sie besitzen scharfe Grenzen und bestehen von aufsen nach innen aus dichtem Bindegewebe, Plasmazellen, Epitheloid- und Riesenzellen. Im Bereiche dieser Herde sind fast alle normalen Bestandteile der Haut verschwunden und durch die erwähnten Zellen ersetzt. In manchen Herden sind Reste von Haarbälgen zu erkennen (Fig. 1), die dem Destruktionsprozefs scheinbar am längsten widerstanden haben. Einige gröfsere, tiefer hineinragende — sichtbar ältere — Herde enthalten stellenweise käsige, nekrotische Teile. Es war in keinem einzigen Falle möglich, innerhalb der Herde Gefäfse oder auch nur Spuren derselben zu erkennen. Die ringsherum liegenden Gefäfse schienen im entzündlichen Reizzustande zu sein, da sie von dichtem Bindegewebe und Plasmazellen umgeben waren.

Digitized by Google

Wir bemühten uns, auch die allerjüngsten Effloreszenzen aufzusuchen, um das Verhalten der Gefäfse im Anfang zu beobachten, und fanden allerdings viele reichlich mit Plasmazellen belegte Gefäfse, aber keine einzige Stelle, wo sich ein Lupusknötchen ringsum oder dicht an den Gefäfsen entwickelt hätte; diese schienen vielmehr vom Granulom verdrängt und seitwärts verschoben zu sein. Wir konnten es verfolgen,[3] wie in einfachen, kleinen Plasmazellenherden, die sich meist in der Nähe der Papillen anhäuften, Veränderungen auftraten, die schliefslich zur Entstehung eines Lupusknötchens führten. Die innerhalb des Plasmoms befindlichen Bindegewebs- und Plasmazellen fingen an, sich zu vergröfsern, Protoplasma und Kerne schwollen an und wandelten sich in Epitheloid- und Riesenzellen um, scheinbar in der Weise, dafs sich mehrere Epitheloidzellen dicht aneinander prefsten und einen grofsen, später in eine Riesenzelle sich umwandelnden Körper bildeten.

Wir konnten — wie das gewöhnlich der Fall ist — keine Tuberkelbazillen finden, aber die Veränderungen (typische Konfiguration der Herde, epitheloide und zahlreiche randkernige Riesenzellen usw.) entsprachen vollständig dem histologischen Bilde des Lupus vulgaris, so dafs nicht der geringste Zweifel an der Diagnose aufkommen konnte. Wir haben es also mit einem Falle von postexanthematischem Lupus zu tun, dessen Einzeleffloreszenzen histologisch mit dem gewöhnlichen Lupus übereinstimmen, wobei bemerkenswert ist, dafs die Knötchen — wenigstens in ihrem Frühstadium — oberflächlich, gleich unter dem Epithel sitzen, ferner, dafs die Beteiligung der Gefäfse an der Erzeugung der Herde nicht nachweisbar ist.

Was folgt nun aus dieser Schilderung betreffs der Entstehungsweise des postexanthematischen Lupus? Vom histologischen Standpunkte aus ist die Beantwortung der Frage viel einfacher als vom klinischen.

Wenn wir nämlich an einen embolischen Ursprung denken, müfsten wir unbedingt 1. den Anfang des Prozesses in den Capillargefäfsen, 2. die Verbreitung desselben nach dem Gefäfssystem finden. Aufserdem müfsten wir schon im Frühstadium primäre Herde auch in den tiefen Capillargefäfsen der Haut konstatieren können; weshalb sollten ausnahmsweise nur die oberflächlichen affiziert sein? — Einen Typus und ein gutes Beispiel zur hämatogenen Infektion der Haut bieten die luetischen Veränderungen, wo sich die Granulome um erweiterte Gefäfse dendritisch gruppieren. Dieses Bild mufs auch bei der tuberkulösen Infektion als conditio sine qua non für den häma-

[3] Zwar machten wir keine Serienschnitte, hoben aber immer je 10 bis 15 aufeinander folgende Schnitte in besonderen Fläschchen auf und konnten auf diese Weise die Schichten des Materials getrennt untersuchen.

togenen Ursprung betrachtet werden. In Herrn Dr. UNNAS Dermatologicum hatten wir die Gelegenheit, einen Fall von nicht disseminiertem, aber sicher hämatogenen Lupus zu sehen, wo die letztgenannten Bedingungen denn auch erfüllt waren. In der Mitte der typisch lupösen Herde waren nämlich erweiterte Gefäfse sichtbar, die von den Granulomen umfafst und in ihren Krümmungen und Verästelungen gefolgt wurden.[4]

In unserem vorliegenden Falle ist aber das Gegenteil dieser Umstände bemerkbar, die Gefäfse haben nichts mit den Lupusherden zu tun, sind seitwärts verdrängt und zeigen nichts anderes als einen konsekutiven Reizzustand.

Was die äufsere Infektion anbelangt, wissen wir, dafs die Tuberkelbazillen die Epidermis gewöhnlich passieren, ohne in derselben lupöse Veränderungen hervorzurufen. Die ersten sichtbaren Folgen ihrer Invasion werden also meistens in den obersten Cutisschichten auftreten. Da die nach den akuten Exanthemen entstehenden Risse und Verletzungen des Epithels, die den Bazillen als Eingangspforten gedient haben, längst verheilt sind, ehe der disseminierte Lupus sich entwickelt hat, fehlt uns der direkte Nachweis der Inokulation; wir sind auf den indirekten Nachweis derselben angewiesen und glauben es in dem Erwähnten genügend getan zu haben. Wir erinnern nur an folgende Stelle unserer, von Herrn Dr. JUST freundlichst gelieferten Krankengeschichte: „Von letzterer Erkrankung (Wasserpocken) sind die jetzt vorhandenen Stellen zurückgeblieben, indem die Wasserblasen zwar verschorften, aber nicht heilten.“ Diese Tatsache läfst nur eine einzige Erklärung zu: Die von den Blasen beschädigten Teile der Haut wurden von aufsen infiziert und wandelten sich in Lupusherde um.

Die BAUMGARTENsche Theorie, dafs alle Fälle von Inokulationslupus Zweifel an ihrer Auffassung als eigentlichen Lupus oder Zweifel an der Entstehung durch Inokulation zulassen“, wird wohl heutzutage von den Dermatologen nicht mehr angenommen. Alle Autoritäten dieser Frage (UNNA, NEISSER, JADASSOHN usw.) betonen die Häufigkeit der Inokulationslupusfälle. Der äufsere Infektionsmodus scheint sogar am häufigsten zu sein. Damit wird aber die Möglichkeit der hämatogenen Entstehung nicht ausgeschlossen und wir geben dieselbe auch gern zu, da wir, wie gesagt, einen solchen Fall selbst beobachten konnten.

Was aber den postexanthematischen Lupus betrifft, so sind wir auf Grund unserer Erfahrungen veranlafst, an der äufseren Inokulationstheorie festzuhalten und glauben uns zu folgenden Schlüssen berechtigt:

---

[4] Dieser Fall wird von Herrn Dr. HLATKY näher beschrieben werden.

Digitized by Google

a) Nach akuten Exanthemen der Kinder — Wasserpocken, Masern, Scharlach — tritt manchmal während der Rekonvaleszenz, öfters aber nach Ablauf derselben, eine disseminierte Hauttuberkulose in Form des Lupus vulgaris auf.

b) Alle Umstände und klinischen Symptome, nämlich: die vielen Läsionen der Haut, das Fehlen von Metastasen innerer Organe, das Fehlen allgemeiner Embolisation, Auftritt des disseminierten Lupus nach und nicht während des akuten Exanthems, häufig vorkommende spätere Vermehrung der Effloreszenzen usw. sprechen für einen äufseren Ursprung durch Inokulation. Die einzigen, die hämatogene Entstehung scheinbar stützenden Argumente, wie Multiplizität und gleichzeitiges Auftreten vieler Herde, sind eigentlich auch für die äufsere Entstehungsart verwertbar, da die Inokulation auf einer vielfach beschädigten, zarten Kinderhaut an vielen Stellen gleichzeitig zustande kommen kann.

c) Im histologischen Bau fehlen die Kriterien — Beteiligung der Gefäfse an der Bildung der lupösen Herde, Auftreten der Knötchen in allen Schichten der Haut usw. —, die die Annahme einer hämatogenen Entstehungsart dieser Lupusform stützen könnten. Die bisher publizierten Fälle, nebst unserem eigenen zeigen den normalen Typus des Inokulationslupus.

Es ist meine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Unna für die gütige Überlassung des Falles sowie für das lebhafte Interesse, mit welchem er die Bearbeitung dieses Aufsatzes unterstützte und erleichterte, meinen besten Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Literatur.

Abraham, Demonstration eines Falles von multiplem Lupus bei einem sechsjährigen Mädchen. *The British Journal of Dermatology.* 1897.

Adamson, *The British Journal of Dermatology.* 1898.

Besnier, *Annales de Dermatologie.* 1889. S. 32.

Bettmann, Über akneartige Formen der Hauttuberkulose. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 1904. Nr. 18.

Bettmann, Lupus follicularis disseminatus. Professor Brauers *Beiträge zur Klinik der Hauttuberkulose.* S. 109.

Chiari, Ein Fall von Hauttuberkulose. *Archiv.* 1879.

Colcott Fox, Lupus tuberculeux disseminé. Ref. *Ann. de Dermatol.* 1899. S. 585.

Cornet, Nothnagels Handbuch XIV, Bd. II., II. Abteilung, S. 72.

Doutrelepont, Vereinsbeilage der *Deutschen medizinischen Wochenschrift.* 1900. S. 89.

Doutrelepont, *Archiv für Dermatologie.* Bd. 29. S. 211.

Du Castel, Tuberculose cutanée consécutive à la rougeole. *Annales de Dermatologie.* 1900. S. 650.

Du Castel, Les tuberculoses de la peau consécutives à la rougeole. *Annales de Dermatologie.* 1898. S. 729.

Dubois Havenith, Lupus disseminé du visage. *Presse medicale belge.* 1899. Nr. 49.

Dubois Havenith, Du lupus vulgaire. Bruxelles 1890.

Haushalter, *Annales de Dermatologie.* 1889. S. 445.

Goldzieher, Demonstration eines Knaben mit disseminiertem Lupus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis.* 1893. S. 548.

Jadassohn, Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse. Sinnesorgane. S. 360.

Kraus, *Prager medizinische Wochenschrift.* Bd. XXIX. Nr. 28.

Lailler, *Annales de Dermatologie.* Bd. X. 1889. S. 456.

Leichtenstern, *Münchener medizinische Wochenschrift.* 1897. Nr. 1.

Meyer, Zwei Fälle von metastatischer Hauttuberkulose. Dissertation. Kiel 1889.

Neisser, Die tuberkulösen Hauterkrankungen. *Die Deutsche Klinik.* 1902. S. 160, 177 usw.

Pautrier, La conception actuelle de la tuberculose. *Le Bulletin Medical.* 1903. Nr. 92. S. 982.

Pelagatti, Sopra un caso di tuberculosi miliare, acuta, disseminata della pelle. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1898. S. 704.

Philippson, Zwei Fälle von Lupus vulgaris disseminatus im Anschluſs an akute Exantheme. *Berliner klinische Wochenschrift.* 1892. Nr. 15.

Sevestre, *Annales de Dermatologie.* 1890. S. 420.

Tauffer, Beiträge zur Pathogenese und Histologie des Lupus vulgaris. *Monatshefte für praktische Dermatologie.* 1898. 2.

Tilbury Fox, Referat von Finger, *Wiener klinische Wochenschrift.* 1897. Nr. 8.

Tobler, Disseminierte Hauttuberkulose nach akuten infektiösen Exanthemen. *Jahrbuch für Kinderheilkunde.* 1904. S. 345.

Török, Demonstriert einen Fall von Lupus vulgaris disseminatus. *Monatshefte für praktische Dermatologie.* 1897. Bd. 2.

Unna, Lupus-Autoinokulation. *Berliner klinische Wochenschrift.* 1891. S. 609.

Unna, Über Plasmazellen des Lupus. *Monatshefte f. prakt. Dermatol.* Bd. XII. 296.

Wechsberg, Beiträge zur Lehre der primären Einwirkung des Tuberkelbacillus. Ziegler, *Beiträge zur allgemeinen Pathologie.* Bd. XXIX. 1901.

Erklärung der Tafel.

Fig. 1. Färbung mit polychrom. Methylenblau, differenziert mit Glycerinäther. Reichert, Okular 2, Objektiv 3. Oberflächlich gelegenes Lupusknötchen. Die Hornschicht ist stark verdickt, die Stachelschicht zu einem dünnen Streifen ausgezogen. Im unteren Teile des Herdes sind Reste von Haarbälgen sichtbar sowie mehrere Riesenzellen. Die Gefäſse der Umgebung sind im gereizten Zustande mit Plasmazellen dicht besetzt.

Fig. 2. Gefärbt nach Pappenheim-Unnas Methylgrün-Pyronin-Methode. Vergröſserung dieselbe. Zeigt einen einzigen, noch jungen Herd im Stratum subpapillare der linken Fuſssohle. Die auch normalerweise sehr dicke Hornschicht ist blätterig, die Stachelschicht sehr verdünnt. Der Herd ist von unten durch dichtes Bindegewebe eingekapselt. Oberhalb der Mitte der Querschnitt einer Schweiſsdrüse.

Fig. 3. Hämatoxylin-van Giesonsche Färbung. Vergröſserung dieselbe. Konglomerat von älteren Lupusherden, die das Epithel stellenweise schon ganz erodiert haben. Gefäſse injiziert.

Digitized by Google

Kotanalysen bei Dermatosen.

Von

Baron Dr. OEFELE-Bad Neuenahr.

Wenn der Laie eine Hauterkrankung behandeln will, greift er zum Abführmittel. Diese Behandlung ist ungemein verbreitet, und der Laie hält sich für des Erfolges sicher. Die rohe Empirie mufs also wohl auf seiner Seite stehen. Es mufs eine enge Beziehung zwischen Haut und Verdauungsorganen vorhanden sein, welche es ermöglicht, durch Abführmittel die Arbeit der Haut zu entlasten. Danach müssen koprologische Untersuchungen auch für die Dermatologie Interesse haben. Zuvor müssen wir aber theoretisch untersuchen, in welcher Richtung sich die Beziehung zwischen Haut und Verdauungsorganen bewegen kann. Wir müssen dabei die Verdauungsorgane einmal als Resorptions- und einmal als Exkretionsorgane auffassen. Kurz gesagt, können sich in einer Beziehung Haut und Verdauungsorgane als Exkretionsorgane mehrfach unterstützen und vertreten. Dann kann aber auch die Haut als Exkretionsorgan auf die Säftezusammensetzung des Körpers so einwirken, dafs die Bereitung der Verdauungssäfte gestört wird.

Unter meinen 1250 Kotanalysen befinden sich auch ausnahmsweise einige dermatologische Fälle. Es betrifft Kranke, welche subjektiv wegen Störungen der Verdauung zu mir kamen und objektiv das Bild eines Hautleidens zeigten.

Trockensubstanzgehalt des Kotes	Analysen bei Dermatosen
22—24 %	1
26—28 %	4
28—30 %	2
30—32 %	1
36—38 %	1

Der Durchschnitt meiner 1250 Analysen bei chronischen Patienten hatte 21,33 % Trockensubstanz im Kot ergeben. Für den gesunden Menschen bei schlackenfreier Kost ergibt sich 26 % Trockensubstanz. Meist ist aber die Kost nicht schlackenfrei, was die Trockensubstanz unter 26 % herabdrückt. Ebenso ergeben die meisten Erkrankungen des Stoffwechsels oder auch nur physiologische Schwankungen ein Herabgehen des Trockensubstanzgehaltes. So erhielt ich 961 Analysenergebnisse unter 26 % und nur 272 Analysen über 26 % Trockensubstanz des Kotes. Um so mehr

mufs auffallen, dafs fast ausnahmslos meine Befunde bei chronischen dermatologischen Fällen über 26 % Trockensubstanz ergeben.

Der Leser wird aber mit diesen allgemeinen Diagnosen nicht zufrieden sein und nähere Diagnosen wünschen. Eine Analyse betrifft Ekzema an den Händen, eine totale Alopecia, vier hartnäckige rezidivierende Hautausschläge aus der Gruppe von Akne, zwei allgemeinen Pruritus und eine geringe Tendenz zur Heilung kleiner Hautverletzungen.

Akute Prozesse sind nicht einbezogen. In zwei Fällen von Badefriesel wurde 19,41 % resp. 16,84 % Trockensubstanz beobachtet. Hier stand also im Gegenteil der Trockensubstanzgehalt sogar unter dem allgemeinen Durchschnitte von 21,33 %.

Auch der Kot eines Patienten, welcher längere Zeit an Furunculosis gelitten hatte, aber in abgeheiltem Zustande zu mir kam, ergab 20,24 % Trockensubstanz, also ebenfalls unter jenem Durchschnitte. Von diesen letzteren drei Fällen will ich für die weitere Betrachtung absehen.

Ich habe es wiederholt und zuletzt in meiner Koprologie[1] ausgesprochen, dafs der Obstipierte seine Nahrung gründlicher ausnutzt als der Weichleibige. Ähnlich hat nach einem Zitate von Lohrisch[2] Strasburger auf Grund mannigfacher Beobachtungen den Gedanken schon vor mir ausgesprochen, dafs eine Anzahl habituell Obstipierter ihre Nahrung besser ausnutzen als Gesunde. Lohrirsch selbst fafst seine Resultate zusammen: „In manchen Fällen von chronischer habitueller Obstipation findet man eine auffallend geringe Menge von Trockensubstanz. Diese Verminderung von Trockensubstanz ist bedingt durch eine aufserordentlich ausgiebige Resorption der eingeführten Nahrungsstoffe.“ Nach meiner Darstellung findet aber sogar eine übermäfsige Rückgewinnung von Exkretionsstoffen statt, welche nun anderweitig ausgeschieden werden müssen. Lohrisch hält es für sehr wahrscheinlich, dafs sich seine Ergebnisse verallgemeinern lassen. Ich selbst glaube, nach meinen Beobachtungen, dafs sie fast ausnahmslos gelten. Dies ergibt sich auch noch weiter aus den Versuchen, welche Glaessner[3] bei künstlicher Obstipation anstellte.

In den verwendeten Fällen errechnet sich der Durchschnitt der Zwischenzeit von einer Defäkation zur nächsten auf 33½ Stunden und ist damit über den allgemeinen Durchschnitt von etwas mehr als 24 Stunden erhöht. In drei Fällen von Hauterkrankungen wurde die Gesamtmenge der einzelnen Kotentleerung gewogen und ergab 58 resp. 30 resp. 25 g, was gegenüber 120—150 g beim gesunden Menschen innerhalb 24 Stunden eine starke Verringerung bedeutet.

---

[1] Jena 1904. S. 119.
[2] *Arch. f. klin. Med.* Bd. 79. Heft 5. u. 6.
[3] *Wien. klin. Wochenschr.* 1904. S. 1205.

Digitized by Google

Also wird nach meinen Kotanalysen auch bei chronischen Hauterkrankungen der Darminhalt mehr als doppelt so gut ausgenutzt als beim gesunden Menschen, aber nur auf Kosten einer verschlechterten Qualität. Letzteres muſs ich ausdrücklich hinzusetzen, da in *„Medical News“* in einer Kritik meiner Koprologie der Satz von der verbesserten Darmausnutzung der Obstipierten mit Kopfschütteln aufgenommen und auf die vielen subjektiven Beschwerden der Obstipierten hingewiesen wurde. Wenn ich selbst hier noch eine neue Schädigung der Obstipierten durch Hauterkrankungen anfüge, so muſs auch in diesen Fällen die verbesserte Resorption, aber mit qualitativem Miſserfolge, betont werden, so daſs in der Zeiteinheit kaum die Hälfte und oft noch viel weniger als beim gesunden Menschen an Trockensubstanz in den Kot übergeht.

Ätherauszug auf Trockensubstanz des Kotes	Analysen bei chronischen Hauterkrankungen
12—14 %	1
16—18 %	1
20—22 %	2
24—26 %	2
38—30 %	2
30—32 %	1

Da die Norm für den Ätherauszug ungefähr bei 16 % liegt, so ersehen wir, daſs der Gehalt des Kotes an ätherlöslichen Stoffen bei chronischen Hautleiden erhöht ist, wenigstens bei prozentischer Feststellung. Im absoluten Maſse kann dagegen die Kotausscheidung an ätherlöslichen Stoffen der Norm entsprechend gelten. Die vermehrte Resorption betrifft also jene Stoffe, welche stickstoffhaltig sind, und jene, welche bei weitester Ausdehnung des Begriffes zur Kohlehydratgruppe gerechnet werden.

Jene echten Eiweiſsstoffe, welche mit Thiosinamin löslich und mit Tannin fällbar sind, werden aber nicht übermäſsig aufgesaugt.

Homogene Eiweiſse in der Trockensubstanz des Kotes	Analysen bei chronischen Hautleiden
2—4 %	2
4—6 %	3
6—8 %	1
8—10 %	1

Dies ergibt sich daraus, daſs ungefähr 4 % zu erwarten wären.

Bei der immerhin verhältnismäſsig kleinen Anzahl von Analysen, welche mir für dermatologische Fälle vorliegen, will ich nicht auf alle übrigen Einzelheiten der Analysenergebnisse eingehen. Ich hoffe aber, damit schon gezeigt zu haben, daſs die systematische Kotanalyse auch für den Dermatologen Wert besitzt und in Zukunft eine recht stattliche Reihe von Kotanalysen bei den verschiedensten Hauterkrankungen sammeln zu

zu können. Ich möchte darauf hinweisen, dafs für die sommerliche Reisesaison mancher einschlägige Patient acht Tage für einen Aufenthalt in Bad Neuenahr zur Feststellung der Kotanalyse zubringen könnte. Der behandelnde Arzt zu Hause erhält dann besseren Einblick in den Stoffwechsel des betreffenden Patienten und kommt sicherlich in die Lage, in den Bereich seiner Therapie eine entsprechende Diätverordnung einbeziehen zu können.

Die Beziehungen zwischen Verdauungsorganen und Haut erscheinen auch sonst im Lichte der modernen Forschungen näher als früher. Ich möchte nur an die Beziehungen zwischen Hautpigment und dem aus dem Darme stammenden Tyrosin[4] erinnern, aufserdem an den Chlorverlust durch den Schweifs der Haut[5], welcher mit der Salzsäureproduktion des Magens[6] in Beziehung steht, damit mein Hinweis auf die Kotanalyse bei Hautleiden nicht isoliert steht.

---

[4] Gessard, *Compt. rend.* 136 und v. Fürth und Schneider, Hofmeisters Beitr. 1.
[5] Favre, *Compt. rend.* 35 und *Arch. génér. de Méd.* (5) 2, sowie Kast, *Zeitschr. f. physiol. Chem.* 11.
[6] Treille, *Janus.* 1905. S. 201.

Nachtrag zu dem Aufsatze: Zur Pathologie des Lichen ruber planus.

(*Diese Zeitschrift*, Heft 10, S. 544 ff.)

Von

Dr. Spiethoff.

Einen ähnlichen Fall von Lichen ruber auf Narbengewebe hat schon Hallopeau mitgeteilt. Bei einer 55jährigen Patientin entwickelte sich der Lichen ruber auf einer Brandnarbe, die sich Patientin im sechsten Lebensjahre zugezogen hatte.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Über die Wirkung des Finsenlichtes auf Tätowierungen.

Vorläufige Mitteilung von

Dr. Meirowsky-Graudenz.

„Nach Beobachtungen, die man an entzündeten Organen nicht selten zu machen Gelegenheit hat, können aus der Lunge, dem Darmtractus und anderen Organen an die Oberfläche wandernde Leukocyten im Gewebe liegende Partikel in großer Menge an die Oberfläche schleppen und auf diese Weise das Gewebe reinigen." (Ziegler, *Allgem. Pathologie.* 8. Aufl. 1895. S. 59.)

Die hier mitgeteilte Tatsache regte mich an, die Wirkung des Finsenlichtes auf Tätowierungen, denen man bekanntlich therapeutisch so gut wie machtlos gegenübersteht, zu studieren. Ich habe gefunden, daß die Tätowierung schon nach wenigen Bestrahlungen von 1—1¼ stündiger Dauer mit der Finsen-Reynlampe nicht nur deutlich abblaßt, sondern an kleinen, erbsengroßen Stellen ganz verschwindet und einer makroskopisch anscheinend normalen Epidermis Platz macht. — Dieser Erfolg kann nicht Wunder nehmen, denn wir wissen, daß die Wirkung der Bestrahlung mit der Finsenlampe in einer „Entzündung" besteht (siehe „Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut" von Dr. Franz von Veress, *diese Zeitschr.*, Bd. 40, Nr. 8) und daß eine Entzündung, wie oben ausgeführt, imstande ist, das Gewebe von fremden Partikeln zu befreien.

Da auch die histologischen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind, behalte ich mir vor, später ausführlich auf alle Einzelheiten einzugehen.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Mai 1905.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Blaschko demonstriert ein junges Mädchen mit **Mollusca contagiosa** am Handrücken, welche infolge einer hinzugetretenen Infektion **durch Eiterung spontan ausheilen**. Rosenthal hat ähnliche Beobachtungen gemacht, z. B. Abheilung unter Hg-Pflaster durch Eiterung.

2. Blaschko demonstriert einen Säugling mit den syphilisähnlichen papulösen Hautausschlägen, welche, zuerst von Parrot beschrieben, am bekanntesten sind durch Jacquets These über das Érythème papuleux fessier post-érosif, unter dem Namen **Syphiloïdes postérosives**. Heller glaubt diese Prozesse nicht scharf von dem vielgestaltigen und häufig papulösen Ekzem der Säuglinge abtrennen zu können. Rosenthal hält diese Fälle nicht für eindeutig, meistens aber für nicht syphilitisch, wenn auch die Ähnlichkeit damit oft sehr grofs ist. Er erinnert daran, dafs G. Lewin die Affektion mit dem ganz gut charakterisierenden Namen Psoriasis erosa belegt habe. Pinkus schliefst sich den Ausführungen Blaschkos an und berichtet von einem besonders klaren Fall, in dem Syphilis ausgeschlossen und Ekzem nicht vorhanden war. Blaschko beschreibt die feinpapulöse Entstehung, bei der von Ekzem nichts zu sehen war.

3. Blaschko desmonstriert ein junges Mädchen mit kongenitalem Lymphangioma circumscriptum der grofsen Zehe, strichförmiger Fortsetzung auf dem Fufsrücken und einer harten Geschwulst in der Tiefe des Fufsrückens, die vermutlich auch ein Lymphangiom sein dürfte. Das Ganze ist als **lymphangiomatöser Naevus** aufzufassen; mikroskopisch ergibt sich ein Lymphangiom mit dicken fibrösen Strängen in der Tiefe.

4. Blaschko demonstriert Präparate von einer harten Geschwulst am Kopf, die an der Stelle einer Verletzung (Sturz von der Leiter vor vier Jahren) entstanden ist. Die histologische Untersuchung ergab, dafs es sich um eine **traumatische Horncyste** handelte. Buschke erwähnt, dafs die Cysten zuerst von Garré beschrieben, dann von Kaufmann experimentell (am Hahnenkamm) erzeugt worden seien; später sind sie von Schweninger und Buzzi bearbeitet worden.

5. Blaschko demonstriert einen jungen Mann mit **eigentümlichem Exanthem**, welches anscheinend hämorrhagisch beginnt, ähnlich den hämorrhagischen Flecken über Varicen. Es beginnt meistens an den Beinen, geht aber oft auch auf den Oberkörper über. Oft entstehen im weiteren Verlaufe papulöse Erhebungen, Lichenisation, zuweilen wahrem Lichen planus ganz ähnlich. Auch histologisch besteht mit letzterem eine Ähnlichkeit in Gestalt circumskripten Rundzelleninfiltrats, im Beginn noch ohne, später aber mit Zusammensinterung des Epithels, Abheilung mit Pigmentierung. Vielleicht handelt es sich wirklich um eine Abart des Lichen planus. Hämorrhagien sind im aufgestellten Präparat nicht zu finden. Wechselmann vermifst die Hämorrhagien, von denen Blaschko spricht, und findet auch keine Ähnlichkeit mit Lichen planus. Er wie Rosenthal halten den Ausschlag hauptsächlich auf kapillären Gefäfsektasien beruhend, eine Ansicht, der sich Blaschko nicht anzuschliefsen vermag, indem er den typischen Verlauf, den er in einer ganzen Reihe von Fällen beobachtet hat, hervorhebt, von welchem hier nur eine Phase demonstriert werden kann.

6. Pinkus demonstriert ein junges Mädchen mit **Keratoma hereditarium** an Händen, Füfsen und rechtem Knie. Die Lokalisation gleicht den Fällen von Neumann *Arch. f. Derm.* Bd. 42, Mal de Meleda) und dem von Möller (*diese Zeitschr.* Bd. 38. S. 18). Die Aszendenz ist nicht ergriffen, nur eine jüngere Schwester hat die gleiche Affektion, die bei beiden von der ersten Lebenswoche an besteht. Auferdem kommen bei der Kranken eigentümliche **Haare mit einer Spindel** nahe der Spitze besonders ausgeprägt vor, welche als konstanter Bestandteil der menschlichen Behaarung angesehen werden müssen.

7. Buschke demonstriert einen Mann mit **Aknekeloid** am Nacken.

8. Buschke demonstriert einen Mann mit Leukodermflecken nach Effloreszenzen von **Psoriasis**. Adler hält die Psoriasis nicht für typisch, eher als seborrhoisches Ekzem zu bezeichnen, namentlich wegen der Ergriffenheit des Kopfes und des Gesichts. Diese atypische Form des Grundausschlags vermag vielleicht den Grund für die atypische Abheilung abzugeben. Buschke bezeichnet den Ausschlag dagegen als einen ganz charakteristisch psoriatischen.

9. Buschke demonstriert den in der vorigen Sitzung gezeigten Kranken, dessen Ulceration im Munde sich nicht gebessert, dessen Schläfentumoren aber sich zu kolossalen Geschwülsten ausgebildet haben. Eine Inzision durch einen dieser Tumoren ergab Infiltration der gesamten Muskulatur, Umwandlung des Periostes in eine lymphomatöse Masse, Freisein des Schädelknochens. B. denkt an die Möglichkeit, dafs hier, trotz normalen Blutbefundes und trotzdem die Geschwulst keinen grünen Farbenton zeigte, es sich um ein **Chlorom** handele. Arseninjektionen scheinen eine geringe Besserung gebracht zu haben. Pinkus bemerkt, dafs er vor der Inzision wohl an Chlorom gedacht habe, dafs aber, nachdem die Besichtigung des Tumorgewebes keine grüne Farbe ergeben habe, ihm diese Annahme weit weniger berechtigt scheine als die Annahme eines Lymphosarkoms. Wechselmann erwähnt ähnlich lokalisierte tropische Tumoren.

10. Heuck demonstriert einen jungen Mann, welcher **statt Urins** eine **milchweifse Flüssigkeit** entleert. Chemische Untersuchung (Salkowski) hat ergeben, dafs es sich nicht um Chylurie handele, sondern dafs sich ein Kaseïnniederschlag erzielen lasse. Eine absichtliche Milchbeimengung ist auszuschliefsen, da nach Blasenspülung sich durch den Katheter eine halbe Stunde lang dieselbe milchige Flüssigkeit entleert hat. Die Untersuchung ist noch nicht zu Ende geführt, so dafs der Fall als noch ungeklärt bezeichnet werden mufs.

11. Segall demonstriert einen Mann mit **Psoriasis**, die im vergangenen Herbst durch **Röntgenbestrahlung** rasch abgeheilt ist. Jetzt ist bereits wieder ein **Rezidiv** aufgetreten.

12. Heller demonstriert die Moulage einer kolossalen, tiefgreifenden Veränderung durch **Favus am Bein**.

13. Heller demonstriert ein junges hereditärsyphilitisches Mädchen, dessen Sattelnase durch hartes Paraffin verbessert worden war. Nach einem halben Jahre trat eine **Nekrose der Nasenhaut mit Ausstofsung des Paraffins** ein.

14. Friedländer demonstriert einen 46jährigen Mann mit **Primäraffekt** links an der Oberlippenschleimhaut.

15. Hoffmann berichtet über eine **weitausgebreitete Dermatitis** (von der Brust bis zum Knie) **durch Anwendung von Isoformgaze** nach Operation am Penis. Der Betroffene besitzt aufserdem Idiosynkrasie nach Jodoform, verträgt aber Airol. Pinkus, der das Isoform seit einigen Wochen bei Ulcus molle und Bubonen verwendet hat, vermifst bisher noch die spezifische Wirkung auf deren Virus, welche dem Jodoform zukommt, wurde dagegen oft durch die bereits bekannten lokalen Reizerscheinungen gestört.

Digitized by Google

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8./21. April 1905.

Originalbericht von Dr. ARTH. JORDAN-Moskau.

1. RESCHETILLO stellte zwei Frauen vor, welche beide wegen **Epithelialkrebs** der linken Nasenwurzel mit **Röntgenstrahlen** behandelt worden sind. Der Effekt ist ein vorzüglicher, da bei beiden sich nur noch pigmentierte Narben finden, obgleich der Krebs bei der einen zwei, bei der anderen sechs Jahre bestanden hat.

2. WYSCHINSKAJA machte Mitteilung über Versuche mit **Jothion** (Firma Bayer). Sie wandte dasselbe in Verbindung mit Lanolin ꝫ an, wovon täglich 4,0 verrieben wurden. Es läſst sich sehr gut verreiben, ja es genügt schon ein bloſses Auftragen desselben auf die Haut, damit das Jod bereits nach drei Stunden sich im Urin nachweisen läſst. Das Mittel wird vorzüglich von der Haut vertragen, ruft nur ein leichtes Brennen hervor und läſst sich dort vorzüglich anwenden, wo Jodkalium innerlich nicht vertragen wird. Ein leichter Jodismus kommt freilich auch beim Jothion vor. Hinsichtlich der Wirkung beobachtete W., daſs in einem Fall von gummösen Ulcerationen diese nach 30 Einreibungen völlig schwanden.

Diskussion: SPERANSKI erkundigt sich, wie die Wirkung des Jothions im Vergleich zum Jodkalium ist?

WYSCHINSKAJA erwidert, sie scheint dieselbe zu sein.

POSPELOW findet, daſs ein Versuch noch nichts beweist, derselbe aber zu weiteren Versuchen auffordert.

BOGROW bemerkt, daſs die in der Moskauer dermatologischen Klinik mit Jothion angestellten Versuche hinsichtlich der Jodaufnahme ergaben, daſs Jod sich im Urin am ersten Tage nach fünf Stunden, am zweiten bereits nach einer Stunde nachweisen lieſs.

TSCHLENOW berichtet nach Hörensagen von einem Patienten, welcher Jodkalium gar nicht vertrug und Jothion brillant verträgt.

3. Prof. POSPELOW sprach über **Perlèche oder Bridou (Angulus infectiosus)** und zeigte einige Photozinkographien, welche die drei Perioden dieser Krankheit versinnbildlichen. Zur ersten Periode der Krankheit rechnet P. die symmetrisch angeordneten, weiſslich verfärbten Epithelwucherungen und Schleimhauthyperplasien an den Mundwinkeln, welche Ähnlichkeit haben mit den Schleimhautveränderungen an denselben Stellen bei Pferden und Mauleseln, die einen Zaum tragen. Von hier rührt auch die Volksbenennung „Bridou" für diese Krankheit, abgeleitet von brider (zäumen). Das zweite Stadium wird charakterisiert durch deutliche Trockenheit der Lippen, Abschuppung des Lippensaumes, Bildung von Rissen, Zusammenziehung der Lippen, nach Art eines zusammengeklappten Beutels, und Auftreten blutender, schmerzhafter Rhagaden. Die groſse Trockenheit der Lippen veranlaſst die Kranken, ihre Lippen beständig zu „belecken" — pour lècher les lévres, wie sich die Franzosen ausdrücken —, wovon auch die Bezeichnung „Pourlèche" oder „Perlèche" stammt. Die dritte Krankheitsperiode entwickelt sich aus der zweiten infolge verstärkten Beleckens der Lippen und Befeuchten derselben mit Speichel, welcher in der überwiegenden Zahl der Fälle sauer ist, woher die mit Rissen bedeckte Haut der Lippen immer mehr und mehr gereizt wird. Es kommt zu einer Steigerung der Dermatitis an den Lippen, zu einem vesikulären Ekzem, welches später impetiginös wird.

Diese Veränderungen der Haut werden durch die verschiedenen Streptokokken und andere Kokken des Mundes unterhalten und sind beschrieben worden von BECO als diphtheroide Gingivitis, von SAVILLE als Ekzema periorale und EVANS als Labiomykosis, wobei letzterer einen besonderen Pilz fand, der an Oidium

Digitized by Google

albicans erinnerte. P. ist auf Grund seiner Beobachtungen zu der Überzeugung gekommen, dafs für das Auftreten von Perlèche oder Angulus infectiosus der Deutschen (Lang) eine Disposition notwendig ist, bedingt durch Störungen des Magen-Darmkanals und Veränderungen der Reaktion des Speichels. Perlèche ist ansteckend und wird nach den Untersuchungen von Lemaistre, Raymond, Vidal, Planche, Jacquet u. a. in Schulen, Instituten und geschlossenen Anstalten durch den Umgang der Kranken mit den Gesunden übertragen, so dafs in derartigen Institutionen Epidemien von Perlèche zur Beobachtung gekommen sind. Zur Behandlung dieses Leidens empfiehlt Prof. Pospelow besonders acht zu geben auf den Zustand des Magen-Darmkanals und auf die Desinfektion der Geschirre und der Wäsche in den Internaten. Lokal empfiehlt er im ersten Stadium Pinselungen der Mundwinkel mit einer 2%igen Lösung von Argentum nitricum und in den beiden anderen Stadien, wo es sich um ein Ekzem handelt, die dafür übliche Behandlung. (Autoreferat.)

4. Im Namen des abwesenden Mitgliedes Metscherski wurde von Bogrow dessen Arbeit verlesen: **Zur pathologischen Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii.**

Dermatologische Sektion der Warschauer Gesellschaft der Ärzte.

(Nach dem Originalberichte von Malinowski, *Gazeta lekarska* 1905, Nr. 5.)

Sitzung vom 4. November 1904.

1. Żera stellt eine 48jährige Patientin vor mit einer Veränderung an der Haut der rechten Wange, die er als **Cancroid** diagnostiziert, bemerkt aber, dafs in diesem Falle, wo noch keine Biopsie gemacht werden konnte, ein Irrtum in der Diagnose nicht ausgeschlossen ist. In der Diskussion spricht sich Elsenberg für Lues serpiginosa aus, während Trcziński, Sobierański, Malinowski, Wojciechowski und Wielowieyski zwischen Lupus erythematosus und Cancroid schwanken.

2. Elsenberg stellt einen klassischen Fall von **Lichen ruber planus** vor, durch zahlreiche disseminierte Plaques (Stamm und Extremitäten) ausgezeichnet.

3. F. Malinowski stellt vor:

I. Ein **Erythema papulo-vesiculosum** des Stammes und der Extremitäten. Die meisten Effloreszenzen sind stecknadelkopfgrofs; am zahlreichsten sind sie an der Vorderfläche der Oberschenkel, wo sie Erbsengröfse erreichen. Patientin hat vor zehn Tagen zwei Chininpulver à 0,3 eingenommen und seit sechs Tagen bekommt sie dreimal täglich je fünf Tropfen von Sol. arsenic. Pearsonii. M. ist geneigt, das Erythem als toxisches, und zwar durch Arsenmedikation hervorgerufen, anzusehen. Trcziński, Wojciechowski und Perkowski sprechen sich gegen diese Hypothese aus; es handle sich vielmehr um eine Autointoxikation vom Darme aus oder um harnsaure Diathese.

II. **Teleangiectasiae essentiales en grouppes** bei einem 20jährigen Mädchen am rechten Ober- und Vorderarm und teilweise am Halse und linken Vorderarm. Harnbefund normal.

III. Einen sechsjährigen Knaben mit ziemlich tiefen Narben nach **Hydroa vacciniformis.** Folgt ein Vortrag über diese seltene Erkrankung. (Erscheint im Druck und wird in den *Monatsheften* referiert.)

Sitzung vom 1. Dezember 1904.

1. Bezüglich des in der vorigen Sitzung vorgestellten Falles stellt Żera das mikroskopische Präparat vor, das nach ihm und Przewoski die Diagnose des **Carcinoma fibrosum** rechtfertige. Elsenberg vermifst in dem Präparat typische Carcinomzellen; nach seiner Meinung kann ein chronischer Entzündungsprozefs dasselbe Bild liefern.

2. MALINOWSKI berichtet über den weiteren Verlauf des in voriger Sitzung vorgestellten Erythems: Dasselbe hat sich ziemlich rasch zurückgebildet, und nach drei Wochen war die Haut wiederum ganz normal. Patientin hat nicht gestattet, die Arsenmedikation bei ihr versuchsweise zu wiederholen.

3. TRCZIŃSKI stellt einen **Lichen ruber planus** im Anfangsstadium vor. Die Plaques auf dem Unterschenkel sind ziemlich stark dunkelbraun infiltriert; auf dem Scrotum sieht man wenige, aber typische Effloreszenzen.

4. WESOŁOWSKI stellt einen Fall von **Keloid spontaneum** des linken Oberarms vor. Über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung wird er in nächster Sitzung ausführlich berichten.

5. ŻERA stellt einen 54jährigen Patienten mit einem hufeisenförmigen Geschwür in der Mitte des linken Unterschenkels zur Diagnose vor. Die Ränder des Geschwürs sind unregelmäßsig, ziemlich flach, der Boden ziemlich rein, mit spärlichem Granulationsgewebe bedeckt, teilweise aschgrau belegt. Auf der Hinterfläche des Unterschenkels zwischen den beiden Schenkeln des Hufeisens sieht man eine glatte, glänzende braune Narbe. In der Umgebung des Geschwürs sind über der gesunden Hautfläche zirka dreimarkstückgroſse Erhebungen vorhanden, von einer weichen, talgähnlichen Masse bedeckt; nach Entfernung dieser Masse kommen stark gewucherte, nichtblutende Hautpapillen zum Vorschein. Auſserdem findet man über diesen Erhebungen einen haselnuſsgroſsen, etwas abgeflachten, mit glänzender Haut bedeckten, schmerzhaften Tumor. — Lymphdrüsen ohne Befund. — WOJCIECHOWSKI bringt die Tumorbildung mit einer Periostitis in Zusammenhang; nach ŚWIĄTECKI ist die Wucherung der Papillen Folge der konstanten Reizung mit Geschwürssekret; ELSENBERG stellt in dem Falle eine ungünstige Prognose und vermutet, daſs eine Amputation des Beines notwendig wird.

6. KURELLA stellt einen 30jährigen Mann vor mit starkem Hautjucken besonders des Stammes und der oberen Extremitäten seit fünf Monaten. Auſser Kratzeffekten und stecknadelkopfgroſsen Bläschen, sieht man an der Haut ca. 1—3 cm im Durchmesser haltende, runde, nässende Flächen mit unregelmäſsigen Rändern, die teilweise mit leicht ablösbaren Borken oder Epithelschichten bedeckt sind. Die palpablen Lymphdrüsen sind leicht vergröſsert; die Schleimhäute frei.

ELSENBERG hält den Prozeſs für **Pemphigus pruriginosus**, deren Prognose in günstigen diätetischen und hygienischen Verhältnissen eine ziemlich gute ist.

7. WIŚNIEWSKI stellt vor:

a) ein kindsfaustgroſses Sarkom des Rückens (im Interscapularraum) bei einem 76jährigen Manne, entstanden vor neun Monaten, angeblich nach Wegkratzen einer Warze;

b) einen 18jährigen Patienten mit **Lichen ruber planus** an beiden Vorderarmen.

8. F. MALINOWSKI stellt vor:

a) eine 50jährige Frau mit **Dermatitis atrophicans KAPOSI** (**Atrophia cutis idiopathica** anderer Autoren). Der Prozeſs beginnt immer mit Infiltraten, die sich allmählich zurückbilden und eine atrophische Haut zurücklassen. Patientin bringt ihr Hautleiden mit durchgemachtem, groſsem Kummer in Zusammenhang;

b) einen über 20jährigen Mann mit atrophischen Hautstellen an beiden unteren Extremitäten. Es fehlt in diesem Falle die Infiltratbildung, weshalb der Prozeſs im Gegensatz zu dem vorigen als **Trophoneurosis cutis** zu betrachten ist. Patient ist schlecht ernährt, stark neurasthenisch. *Leo Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Lepra.

Band 5. Heft 3.

VIII. **Die Echinokokkencysten und die Leprösen auf Island**, von S. Bjarnhjedinsson-Reykjavik. Der Echinococcus gilt als ein häufiges Vorkommnis auf Island. Die Angaben über die Häufigkeit schwanken zwischen 1 : 5 und 1 : 60 der Bevölkerung; sichere, auf Sektionsmaterial beruhende Zahlen liegen nicht vor. Verfasser fand bei 18 unter 52 an Lepra verstorbenen Leuten Echinokokkencysten; nur in 4 Fällen war die Diagnose bei Lebzeiten gestellt worden. Da die Leprösen fast ausschliefslich der ärmsten und unsaubersten Bevölkerung angehören, die in ihrem Verkehr mit Hunden am unvorsichtigsten sind, so sind sie naturgemäfs auch der Übertragung von Echinokokken am leichtesten ausgesetzt. Die an leprösem Material gewonnenen Zahlen gestatten daher keine weitergehenden Schlüsse auf die Häufigkeit der Krankheit in Island, sondern nur den Schlufs, dafs die Krankheit häufig vorkommt und in vielen Fällen symptomlos verläuft.

IX. **Beitrag zur Frage der sogenannten seltenen Lokalisationen der Lepra tuberosa**, von S. Bjarnhjedinsson-Reykjavik. Von allen Autoren wird die Lokalisation der Lepra tuberosa auf den Handflächen und Fufssohlen, dem behaarten Kopf und Nacken, an den männlichen Geschlechtsteilen als grofse Seltenheit betrachtet; auch das Auftreten von Knoten an der Beugeseite der Extremitäten sowie auf Brust und Bauch gilt als etwas Ungewöhnliches. In auffälligem Gegensatze hierzu stehen die Beobachtungen, die Verfasser in dem Leprosorium des dänischen Odd Fellow-Ordens zu Reykjavik zu machen in der Lage war. Unter 52 an Lepra tuberosa Erkrankten fand er 25 mal eine Beteiligung der Fufssohlen in Form von Knotenbildungen oder Infiltraten mit oder ohne Schuppen- und Krustenauflagerungen, 10 mal eine Beteiligung der Handflächen, 12 mal Befallensein des behaarten Kopfes, ebenso oft des Nackens. Von den 32 männlichen Kranken wiesen 15 eine Beteiligung der Geschlechtsteile auf (abgesehen vom Hoden, der ja sehr häufig Sitz der Erkrankung ist), und zwar waren achtmal die Nebenhoden ein- oder beiderseitig befallen, sechsmal die Glans, viermal das Scrotum und fünfmal das Präputium. Die Nebenhodenerkrankung äufserte sich in einer harten Anschwellung, die gewöhnlich ihren Sitz im Kopfe des Organs hatte, leicht druckempfindlich war und deren Oberfläche glatt oder höckerig sich anfühlte; eine Neigung zu Verwachsungen mit dem Scrotum und zu Fistelbildungen wie bei der tuberkulösen Epididymitis wurde selbst nach jahrelangem Bestehen nicht beobachtet. — Bei den 52 Kranken fanden sich ferner zwölfmal Knoten oder Infiltrate an der Beugeseite der Arme (die Häufigkeit der Beteiligung der unteren Extremitäten wurde nicht festgestellt), zehnmal auf der Vorderfläche des Thorax und siebenmal auf dem Bauch, und zwar mit Ausnahme eines Falles stets oberhalb des Nabels. Der Rücken, der sehr häufig Sitz von Lepromen ist, wurde 30 mal befallen gefunden.

X. **Experimentelle Erzeugung der Lepra beim Affen**, von M. Charles Nicolle-Tunis. Verfasser hat Material von einem Lepraknoten auf zwei Affen (zur Gruppe der Makaken gehörig) überimpft, und zwar durch Verreiben in die skarifizierte Haut, in die exkoriierte Nasenschleimhaut, durch Einbringung in den Konjunktivalsack sowie in die Peritonealhöhle, und endlich durch subcutane Einspritzung in

die Gegend vor dem Ohr sowie in die Ohrmuschel. Alle Inokulationsstellen sind reaktionslos geblieben, nur an den Stellen der subcutanen Einspritzungen kam es bei beiden Tieren nach zwei Monaten zur Bildung kleiner Knoten. An der Ohrmuschel des einen Affen zeigten sich zwei kleine Knoten, die durch einen harten Strang miteinander verbunden waren, genau dem Weg entsprechend, den die Injektionsnadel genommen hatte. Die Exstirpation und mikroskopische Untersuchung eines Knotens nach vierzehntägigem Bestehen ergab das Vorhandensein von Leprabazillen; der histologische Bau des Knotens war nur durch das Fehlen der grofsen, bazillenreichen Leprazellen von dem Bau typischer Leprome beim Menschen unterschieden. Verfasser vermutet, dafs die Leprazellen erst nach längerem Bestehen der Knoten auftreten. Weitere Untersuchungen sind im Gange. *A. Loewald-Kolmar.*

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Bd. II. Heft 3.

Über die Anwendung des Arhovins als Antiblennorrhoikum, von J. Silberstein. Das Arhovin ist ein Additionsprodukt des Diphenylamins und des Thymolbenzoësäure-Esters und stellt eine ölige, farblose, aromatische, in Alkohol und Äther leicht lösliche Flüssigkeit dar. Nach Einnahme von 0,25 g konnte S. nach 15 Minuten im Harn mit Eisenchlorid eine bläulichgrünliche Reaktion nachweisen. In der ersten halben Stunde nahm die Intensität der Reaktion zu, um dann in zwei bis drei Stunden allmählich zu verschwinden. Bei sechs Fällen von frischer Blennorrhoe schien die interne Darreichung des Mittels entschieden wirksam zu sein. Man gibt bis zu 1,5 und 2,0 pro die. Auch Cystitis kann damit günstig beeinflufst werden, und Instillationen nach Guyon wirken günstig auf die Blennorrhoe der Pars posterior urethrae. Verfasser hat auch bei akuter Tonsillitis Pinselungen der entzündeten Teile mit gutem Erfolge ausgeführt.

Der Neomalthusianismus, von H. O. Rohleder-Leipzig. (Schlufs.) Verfasser begründet in diesem Abschnitt seine Ansicht betreffs der Indikation für N. bei erblichen Allgemeinkrankheiten der Eheleute. Bei Syphilis ist oft die Anwendung eines Condoms (richtiger: Condons) angezeigt. Wenigstens drei Jahre lang nach Beseitigung der syphilitischen Symptome sollte von der Erzeugung der Nachkommenschaft abgesehen werden. Betreffs der Gefahren bei Hämophilie, Diabetes, Epilepsie haben verschiedene Autoren sich schon geäufsert. Dafs der Alkoholismus (ebenso wie Morphinismus) die Fortpflanzung wenig wünschenswert mache, beweist die Statistik von Schmid-Monnard, derzufolge von den Kindern in der Schule für Degenerierte 19 % von Trinkern abstammten. In bezug auf die Ausführung des N. gibt es bekanntlich viele Mittel. R. empfiehlt je nach den Indikationen Condoms, und zwar von möglichster Feinheit, unter denen die Coecalcondoms (alias „Fischblasen“) obenan stehen; ferner das Mensingasche Okklusivpessar und die Urethrophortube nach Strebel. Letztere ist eine mit besonderem Ansatz versehene Zinntube, welche eine Mischung von Protargol 1,0 (resp. 2,0), Glycerin 50,0, Bolus alb. 25,0 enthält. Diese Pasta wird ante coitum in die männliche Harnröhre gebracht und wirkt ziemlich zuverlässig gegen blennorrhoische Infektion und auch gegen die Konzeption.

Über die Folgen der Onanie, von M. Porosz-Budapest. (Schlufs.) Die im folgenden mitgeteilten Fälle sind sehr belehrend. Bei dem einen handelte es sich um einen 25jährigen Rechtsadjunkt, der seit dem zwölften Jahre masturbiert hatte. Er litt an häufigem Harndrange, Beimischung von Sperma zum Urin, grofser nervöser Erregbarkeit, Zerstreutheit, Zwangsvorstellungen, Unfähigkeit zu andauernder geistiger Arbeit und körperlicher Abmagerung. Auch bei diesem Patienten brachte ein mehr-

Digitized by Google

wöchiges Faradisieren der Prostata einen Umschwung hervor, und schliefslich konnte derselbe als völlig normal erachtet werden. Verfasser hat auch für diese Behandlung eine spezielle Prostataelektrode konstruiert. Er konnte auf diese Weise auch bei zwei anderen analogen Fällen, welche ausführlich beschrieben werden, gute Resultate erzielen. Als Gegenstück zu diesen wirklich hochgradigen Leiden berichtet P. zum Schlufs über einen 32jährigen Husarenkapitän, welcher schon mit vier Jahren von seinem Kindermädchen unzüchtig gebraucht wurde, mit acht Jahren onanierte, mit zehn Jahren Ejakulationen hatte bei vollständig entwickelten Schamhaaren und den Coitus ausübte, sich mit 25 Jahren verheiratete und zurzeit trotz Infektion mit Lues und Blennorrhoe nur über eine gewisse Abnahme der Potenz zu klagen hat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

The British Journal of Dermatology.

April 1905.

Xantho-Erythrodermia perstans, von H. Radcliffe-Crocker. Unter dem Namen „Xantho-Erythrodermia perstans" beschreibt Verfasser ein Krankheitsbild, das er in neun Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte. Alle Fälle betrafen erwachsene Männer. Die Krankheit äufsert sich in dem Auftreten ovaler Flecke von blafsroter oder gelblicher Farbe an den bedeckten Körperstellen. Dadurch, dafs die bestehenden Flecke sich nie spontan zurückbilden und immer neue Flecke dazukommen, wird allmählich im Laufe der Jahre fast der ganze Körper (Rumpf und Gliedmafsen) ergriffen; durch Zusammenfliefsen der einzelnen Flecke, ohne dafs diese selbst sich wesentlich vergröfsern, kommt es zur Erkrankung gröfserer Hautflächen. Die Anordnung der Flecke ist meist symmetrisch, und zwar auf dem Rücken, dem Verlaufe der Rippen entsprechend, in schiefen Linien, auf Brust und Bauch mehr horizontal und an den Gliedmafsen sehr oft in vertikalen Linien. Die Flecke sind nicht scharf begrenzt, nicht erhaben, liegen aber ziemlich tief in der Cutis und lassen, wenigstens bei etwas längerem Bestehen deutliche Infiltration erkennen. Die Oberfläche der Haut ist am Rumpf glatt, an den Extremitäten rauh, Schuppung findet sich nur an den Beinen. Entzündliche Erscheinungen fehlen, das Jucken ist, wenn überhaupt vorhanden, ganz unbedeutend. Die Krankheit beginnt meist an den Oberschenkeln, ist von sehr langer Dauer, dabei aber nie das Allgemeinbefinden störend; spontane Involution findet nicht statt, therapeutisch liefs sich in einzelnen Fällen durch Salicin innerlich, Jodvasogen äufserlich erhebliche Besserung erreichen. Verfasser beobachtete noch einen zehnten ähnlichen Fall bei einer Frau, der mit den übrigen Fällen in der allmählichen Entwicklung, der langen Dauer, dem Persistieren der alten Flecke bei kontinuierlicher Entwicklung neuer Flecke, dem Fehlen des Juckens und dem ungestörten Allgemeinbefinden übereinstimmte, von ihnen aber verschieden war durch eine ausgesprochene Schuppung am ganzen Körper, die lebhaftere rote Farbe und durch die spontane Besserung im Sommer, während im Winter wieder Verschlimmerung eintrat. Die Ätiologie der Krankheit ist unklar, die mikroskopische Untersuchung eines Falles trug nichts zur Aufklärung bei. — Das Krankheitsbild hat Ähnlichkeit mit Brocqs Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées; in dem zehnten Falle handelt es sich wohl auch um diese Erkrankung. Die anderen neun Fälle aber zeigen wesentliche Unterschiede in Anordnung, Gröfse und Farbe der Flecke, in dem Fehlen der Schuppung und dem Fehlen von Papeln, und in der ausgesprochenen Infiltration; sie sind daher nach Ansicht des Verfassers als Krankheit sui generis aufzufassen.

Idiopathisches, multiples Pigmentsarkom (idiopathisches, multiples hämorrhagisches Sarkom) Kaposi, von F. Parkes Weber und Paul Daser. Der mitgeteilte Fall betraf einen 47jährigen Mann, bei dem zunächst am Fuſs im Anschluſs an eine kleine Verletzung ein Knoten auftrat, welchem mit der Zeit andere an beiden Füſsen und Beinen folgten. Die kleinen, bläulichen, im Corium gelegenen Knoten blieben entweder längere Zeit unverändert bestehen oder sie unterlagen spontaner Involution und vollständiger Atrophie, nur eine geringe bräunliche Pigmentierung der Haut zurücklassend, oder endlich sie erhoben sich zu kleinen Tumoren, die zunächst breitbasig waren, später gestielt wurden und schlieſslich von selbst oder durch äuſseren Anlaſs abfielen. Am linken Fuſs und Unterschenkel, die besonders stark befallen waren, hatte sich allmählich eine ödematöse, elephantiasisähnliche Schwellung herausgebildet. — Die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs die Knoten scharf umschrieben im Corium saſsen und aus mannigfach sich kreuzenden Zügen von ovalen und Spindelzellen bestanden. An einzelnen Stellen fanden sich Hohlräume (Lymphräume?), an anderen homogene Substanz zwischen den Zellen, wieder an anderen Blutextravasate. *A. Loewald-Kolmar.*

Annales de thèrapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. V, Nr. 6.

Die Behandlung des Lupus mittels Kalium permanganicum, von L. Butte-Paris. (Forts.) Im Jahre 1902 bildete diese Methode den Gegenstand einer Diskussion in der Société française de dermatologie zu Toulouse, wobei Leredde das Verfahren nur als eine Beihilfe durch seine kauterisierende und desinfizierende Wirkung und nicht als eine definitiv heilende Therapie bezeichnete. Nur die ganz benignen Formen, welche sogar spontan heilen, könnten vielleicht damit kuriert werden. Immerhin hat er über einige Fälle von hypertrophisch wucherndem Lupus des Gesichts zu berichten, bei denen das Mittel eine günstige Wirkung hervorbrachte. Zu warnen ist vor der Anwendung des Kalium permanganicum in Substanz am Gesicht.

Demgegenüber fragt B. (mit Recht), welche Mittel es denn gäbe, von denen man behaupten könne, daſs sie immer mit Sicherheit eine definitive Heilung erzielen. Hallopeau äuſserte sich bald nachher dagegen in lobendem Sinne, wobei er über einen Fall berichtet, welchen er als definitiv geheilt betrachtet. Ferner erwähnt er einen Fall von doppelseitigem Lupus. Die eine Seite ist mit Finsenscher Bestrahlung seit etwa zwei Jahren mit 284 Sitzungen behandelt worden, die andere seit vier Monaten nach Butte. Dabei befindet sich letztere in einer weit besseren Verfassung als die erstere.

Barthélemy glaubt andererseits, daſs man vom Kalium permanganicum eine definitive Heilung nicht erwarten dürfe.

Butte verteidigt seine Methode unter Anführung von drei Patienten, von denen einer acht, der andere fünf und der dritte drei Jahre lang ohne Rezidiv geblieben sind. Es sei sehr nützlich, gelegentlich abzuwechseln zwischen der wässerigen Lösung und einer Mischung mit Aluminiumgelatine $^1/_{30}$.

Danlos berichtet über einen schweren Fall von disseminiertem Lupus bei einem 29jährigen Tischler. Von einem definitiven Urteil sieht er zwar vorläufig ab, doch war der Verlauf günstig. Er verwendete das Mittel teils in Lösung, teils in Substanz und teils in der Form der gelatinösen Paste.

Lenglets Urteil über das Mittel läſst sich charakterisieren als „damning with faint praise“.

Digitized by Google

G. Verrotti hat in der Klinik von de Amicis 16 Fälle unter dieser Behandlung gesehen. Die Beobachtungsdauer erstreckte sich auf 20 bis 90 Tage. Er fand, dafs die nicht infiltrierten und die ulcerierten Stellen hierbei am besten heilten. In bezug auf die definitive Heilung mufs man allerdings hierbei ebenso vorsichtig in seinem Urteil sein, wie bei den anderen Methoden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dermosyphilopathische Klinik der k. Universität Rom.

1905. Heft 1.

Eine Varietät von Neubildung und von papillomatösen Vegetationen und ihre Beziehungen zu einigen Mikroparasiten, von Antonelli. Bei einer 84jährigen Patientin konstatierte man neben über den ganzen Körper ausgebreiteten, über das Hautniveau etwas erhabenen, gelblichweifsen oder rötlichen Flecken, die besonders zahlreich auf dem Kopfe und dem Rumpfe vertreten waren, auf beiden Seiten der grofsen Labien je eine warzenartige Neubildung, von denen die gröfsere das Volumen einer Mandel erreicht hatte; das Wachstum dieser Tumoren war ein ziemlich rasches und verursachte bedeutendes Jucken mit intensiver Rötung der Haut. Die histologische Untersuchung ergab, dafs es sich um Papillome handelte. In der Epidermis (zwischen den Epithelien) und in der Cutis fanden sich rundliche, serienweise angeordnete Körperchen und Filamente, welche letztere zweigartig mit einem terminalen Knopfe zwischen den Zellelementen verliefen; um dieselben herum fanden sich Pigmenthaufen. Verfasser kann sich über die Natur dieser Mikroorganismen (denn als solche betrachtet er sie unbedingt) nicht definitiv aussprechen, hält sie aber für Amöben, da sie keine Blastomyceten, keine ausgebildeten Sporozoen und keine gewöhnlichen Hyphomyceten sind.

Pathogenese und Pathologie der Psoriasis, von Campana. Der Verfasser hat Schuppen von der Haut Psoriasiskranker untersucht, in der Weise, dafs er von den punktförmigen, initialen Eruptionen nur oberflächliche, von den ausgedehnteren Plaques dagegen Schuppen aus den tieferen Schichten entnahm. Es gelang ihm dabei, von den Epithelzellen isolierte oder denselben aufgelagerte Körperchen zu finden, von denen einige rundlich, die meisten aber elliptisch oder oval waren. Im Inneren des Protoplasma beherbergten diese Gebilde zwei oder drei sphärische Körperchen. Diese Gebilde fanden sich hauptsächlich in den tieferen Schichten der Epidermis, und zwar ausschliefslich bei Psoriasis, während sie bei Warzen, Kallositäten oder anderen Verhornungsprodukten ekzematösen Ursprungs regelmäfsig fehlten. Um diese Elemente herum konstatierte man Erscheinungen von Hyperkeratose und Hyperproduktion epithelialer Elemente, die aber weniger resistent sind und leichter in keratische Umbildung verfallen. Die umgebende Cutis reagiert diesem Stimulus gegenüber in der Weise, dafs kongestive Erscheinungen eintreten. Der Pilz hat grofse Ähnlichkeit mit dem Pyrosoma der Aleppobeule. Verfasser ist jedoch der Ansicht, dafs das Vorhandensein des Pilzes in der Epidermis zur Entwicklung einer Psoriasis noch nicht genügt und dafs andere Faktoren in Betracht kommen, nämlich unter anderen die individuelle Prädisposition, wie dies bei anderen parasitären Hautaffektionen geschieht (Pityriasis versicolor). *C. Müller-Genf.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1905. Heft 1.

Über den Mechanismus der Wirkung der Silbersalze auf die Urethralschleimhaut der Hunde, von C. Calderone. Die Silbersalze, welche bei der Therapie der Blennorrhoe zur Anwendung gekommen sind, lassen sich in zwei Gruppen ein-

Digitized by Google

teilen: die erstere derselben hat eine mehr oder weniger tiefeingreifende Wirkung; zu ihr gehören das Silbernitrat, das Argentamin, das Tachyol, das Ichthargan, das Aktol, das Itrol, das Albargin und das Argonin. Das Protargol und Kollargol dagegen entfalten ihre Wirkung auf das Epithel. Alle, ohne Ausnahme, bewirken eine eine Reaktion in den Geweben, welche unter ihrer unmittelbaren Wirkungssphäre liegen. Diese Reaktion besteht in einer Injektion der Gefäfse, die von einem kaum erkennbaren Grade bis zu einer perivaskulären und subepithelialen Lymphzelleninfiltration steigern kann.

Epetheliom oder gummöse Ulceration des Gesichtes? von J. Franceschini. Anläfslich eines Falles von Ulcus in der Nähe der Oberlippe hebt Verfasser hervor, dafs zur Feststellung der Diagnose der klinische Befund genügt, indem sowohl die Biopsie (welche nicht immer ausgeführt werden kann und überhaupt nicht immer jeden Zweifel hebt) als das Resultat der Behandlung nicht immer für die Diagnose absolut einwandsfreie Anhaltspunkte liefert. In einer vergleichenden Tabelle zählt dann Verfasser kurz die Hauptmerkmale der beiden Affektionen auf.

Über die experimentellen Alopecien nach Anwendung von Thalliumacetat, von C. Vignolo-Lutati. Bei der Anwendung dieses Salzes als Antidiaphoretikum hatten einzelne Verfasser die Beobachtung gemacht, dafs die Injektionen von mehr oder weniger ausgebreitetem Haarausfall begleitet wurden. Der Verfasser hat nun Experimente an Katzen und Kaninchen gemacht, denen er das Salz sowohl subcutan injizierte als in Form von Salben oder Lösungen applizierte. Er kam dabei zum Resultate, dafs starke Dosen des Präparates einen allgemeinen Haarausfall und selbst den Tod zur Folge haben können. Auch bei lokaler Anwendung des Salzes in Form von Salben usw. kann es zu einer allgemeinen Alopecie kommen, oder aber die Wirkung bleibt auf die Applikationsstelle lokalisiert. Die Wirkung des Salzes ist eine temporäre; die Erneuerung des Haarwuchses erfolgt aber nur langsam.

Perivaskuläres Myom der Haut (Angiomyom), von Migliorini. Der Tumor, welcher den Gegenstand dieser Abhandlung bildet, safs am Knöchel und hatte im Zeitraum von zwölf Jahren die Gröfse einer Haselnufs erreicht. Der mikroskopische Befund ergab: Proliferation der glatten Muskelfasern, ausgehend von den Tunicae der Gefäfse; Dilatation und Neubildung von Gefäfsen atypischer Formation; reaktive Erscheinungen in der Umgebung, Hämorrhagien und Pigmentanhäufungen. Gestützt auf diesen Befund, schlägt der Verfasser für die Affektion die Bezeichnung Angiomyom zur Unterscheidung von den kavernösen Myomen vor.

Veränderungen des Knochenmarks in einem Falle von Pemphigus, von Pelagatti. Der Verfasser betrachtet den Pemphigus als eine Erkrankung des Blutes und zählt die Affektion zu den sog. Hämatodermien von Leredde. Sämtliche Patienten, welche im Verlaufe von zehn Jahren an der dermosyphilopathischen Klinik zu Parma beobachtet wurden, stammten aus einem Bezirk in der Nähe des Po. Verfasser ist deshalb auch Anhänger der toxischen Theorie des Pemphigus. Er glaubt, dafs in dem von ihm beschriebenen Falle die Bildung der Blasen in der Weise zustande gekommen ist, dafs die im Blute zirkulierende toxische Substanz Veränderungen in den Gefäfswandungen verursacht hat, wodurch die Elimination der toxischen Produkte begünstigt wird. Die Untersuchung des Knochenmarks ergab das Vorhandensein einer bedeutenden Hyperproduktion der mononukleären Lymphocyten, welcher Zustand einen Verteidigungsprozefs des Organismus gegen Mikroorganismen und Intoxikationen bedeutet.

Über von Tieren stammende Akariasis beim Menschen, von Bosellini. Die Untersuchungen des Verfassers beziehen sich auf den Sarcoptes equi et porci. Es geht aus denselben hervor, dafs sich diese Parasiten nur ganz ausnahmsweise auf den

Digitized by Google

Menschen übertragen lassen, wenigstens in der Weise, daſs sie sich dort dauernd entwickeln können (es sind nur ganz vereinzelte Fälle dieser Art publiziert worden). Dagegen vermögen die genannten Parasiten, wenn auf den Menschen übertragen, Eruptionen hervorzurufen, die ihre diagnostischen Schwierigkeiten bieten können, und ist in derartigen Fällen die Anamnese mit Sorgfalt zu ergründen (Beschäftigung der Patienten, zufälliger Kontakt mit infizierten Tieren). Die Dermatose beginnt gewöhnlich kurze Zeit nach dem Kontagium, und zwar natürlich an einer Stelle, wo sich der Parasit niedergelassen hat; später erfolgt aber keine Systematisation oder besondere Lokalisation der Eruption. Als erstes Symptom erscheint das Jucken, dessen Intensität je nach dem befallenen Individuum oder der Menge der übertragenen Parasiten variiert. Weiter kommt es zur Entwicklung eines Urticariaausschlages, wobei die Quaddeln entweder typisch ausgebildet sind oder aber eine diffuse Schwellung in einzelnen Hautbezirken auftritt. Mit der Urticaria zeigen sich zuweilen papulöse, besonders aber papulo-vesikulöse Eruptionen ohne Gruppierung der Elemente. Der Verlauf ist meist sehr gutartig; die Affektion neigt spontan zur Heilung, es sei denn, daſs es sich um besonders empfindliche Individuen handelt.

Ätiologie und Pathogenese der Acne vulgaris, von Daccò. In Anbetracht der mangelhaften Angaben in der Literatur in bezug auf die Ätiologie und Pathogenese der Affektion hat sich der Verfasser zur Aufgabe gemacht, diese Lücken nach Möglichkeit auszufüllen, und hat demnach seine zahlreichen Patienten in folgenden Richtungen untersucht: Hereditäre Zustände, individuelle Verhältnisse (Alter, Topographie, gleichzeitig bestehende oder vorausgegangene andere Affektionen), Zustand des Herzens und des Blutes, Zustand des Gastrointestinaltractus, Harn, Geschlecht und Geschlechtsorgane. In einem zweiten Kapitel beschreibt er sodann die einzelnen klinischen Symptome der Akne: Seborrhoe, Comedo, verschiedene pustulöse Elemente. In bezug auf die Seborrhoe kommt Verfasser zum Schlusse, daſs der Bacillus von Unna-Sabouraud keineswegs die Ursache der Seborrhoe ist, sondern lediglich ein Parasit, der auf dem anormal beschaffenen Boden einen günstigen Boden zu seiner Entwicklung gefunden hat. Folgt die Beschreibunng der Bildung des Comedo. (Wird fortgesetzt.)

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

Praxis der Harnanalyse. Anleitung zur chemischen Untersuchung des Harns, sowie zur künstlichen Darstellung der für Übungs- und Unterrichtszwecke nötigen pathologischen Harne. Nebst einem Anhang: Analyse des Mageninhalts. Von Lassar-Cohn. Dritte verbesserte Auflage. (Hamburg und Leipzig, Leopold Voss, 1905.) Das kleine Büchlein hat den Befähigungsnachweis als guter und nützlicher Leitfaden für die Harnanalyse usw. längst erbracht. Die eben erschienene dritte Auflage zeigt die gleiche weise Beschränkung wie die vorausgegangenen Auflagen, es werden nur die einfachsten und zuverlässigsten Reaktionen in klarer und präziser Form geschildert. Neu aufgenommen ist die künstliche Herstellung von Gallenfarbstoff- und Uratharn und die Herstellung eines dauernd haltbaren Präparates zur Bereitung von Urobilinharn. — Das Buch kann, wie dies auch schon bei seinem ersten und zweiten Erscheinen geschehen ist, zur Einübung der für die ärztliche Praxis erforderlichen Analyse des Harns und des Mageninhalts und als Führer bei den Untersuchungen bestens empfohlen werden.

Götz-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Das Lidcarcinom, von Uzuhiko Mayeda. (Inaug.-Dissert. Gießen 1903.) Eine kurze Zusammenfassung der in pathologisch-anatomischer Hinsicht gewonnenen Tatsachen ergibt, daſs die an den Lidern und in der Umgebung des Auges vorkommenden Krebse zum geringsten Teil von der Epidermis ausgehende Plattenepithelkrebse sind. Der gröſseren Anzahl nach bilden sie eine Gruppe epithelialer Tumoren mit mehr oder weniger drüsenähnlichem Bau und fast immer fehlender Verhornung, die ihren Ausgang wahrscheinlich von Talgdrüsen der Haut und der Haare nehmen, klinisch dem sog. Ulcus rodens entsprechen. Dies Resultat bildet im wesentlichen eine Bestätigung der bereits von Krompecher angestellten Untersuchungen über den „drüsenartigen Oberflächen-Epithelkrebs“ als pathologisch-anatomischen Untergrund des „Ulcus rodens“ der Haut. *Fritz Loeb-München.*

Die Einwirkung der Röntgenbestrahlungen auf das Krebsgewebe und die darin enthaltenen Krebsparasiten, von Max Schüller-Berlin. (*Centralbl. f. Chir.* 1904. Nr. 42.) Die Veränderungen, welche das Krebsgewebe und die darin enthaltenen, vom Verfasser früher beschriebenen Krebsparasiten nach Röntgenbestrahlungen erleiden, sind ähnlich denjenigen, welche man an mit Hitzeeinwirkung behandelten Geschwülsten beobachten kann. Die Zellen sind trübe, die Kerne undeutlich, die sonst scharfe Körnelung des Protoplasmas erscheint wie verwaschen, die Sporen trübe, schwer erkennbar. Es findet ein körniger Zerfall des Protoplasmas und der Kerne statt, oder auch eine hyaline Veränderung der Zelle, die auf den intrazellulären Parasiten zu beziehen ist. Im weiteren Verlaufe des Zerstörungsprozesses entstehen mehr oder weniger groſse, rundliche Narbenpartien mit wenigen Kernen und vereinzelten Bröckeln von Zell- und Parasitenresten des ursprünglichen Krebsgewebes. Es ist aber zu beachten, das diese Veränderungen mit vielen anderen Stellen abwechseln, in welchen noch ganz normale Zellen und Parasiten in den oberen und tieferen Schichten des Gewebes zu finden sind. Daher ist es notwendig, zu betonen, daſs man neben der Röntgenbehandlung nicht auch die anderen Behandlungsmethoden, Operationen und Injektionen, vernachlässigen darf.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Zur Behandlung der Hautcarcinome mit fluoreszierenden Stoffen, von A. Jesionek und H. v. Tappeiner-München. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 82. Heft 3 und 4. Febr. 1905.) Verfasser zeigen in guten photographischen Aufnahmen eine Reihe von Patienten, die an Carcinomen litten, vor und nach der Behandlung. Die Resultate erwiesen sich als gut. Die Behandlung bestand darin, daſs Aufpinselungen und Injektionen in das erkrankte Gewebe von fluoreszierenden Stoffen unter möglichst ausgiebiger Exposition im Sonnenlichte oder Bogenlicht gemacht wurden. Die dazu benutzten Stoffe waren Lösungen von Eosin 0,01—5 %, Magdalarot 1—5 %, Fluoreszin 1 % und 1 %ige Lösung von dichloranthraomdisulfosaurem Natrium, und wurden die Patienten täglich vier bis sechs Stunden lang behandelt, und zwar wochenlang. Rezidive waren nicht ganz ausgeschlossen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Digitized by Google

Die Melanosarkombildung beim Menschen und beim Pferde. Eine vergleichende Studie, von Hermann Löffler. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1903.) Im allgemeinen bestehen weitgehende Analogien zwischen den Melanomen des Menschen und der Pferde, sowohl was den Bau, die Histogenese und das Wachstum, als die ätiologischen Grundlagen betrifft. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum der Haut, von Radaeli. (*Lo Sperimentale.* 1904. VI.) — Verfasser gibt die klinische und histologische Beschreibung einer Reihe von Fällen dieser Kategorie und findet, dafs die Prognose derselben keineswegs immer eine so absolut schlimme ist, wie gewöhnlich angenommen wird. Das Arsenik hat eine entschieden günstige Wirkung auf das multiple hämorrhagische Hautsarkom, jedoch mehr in dem Sinne, dafs es die bereits bestehenden Neubildungen zur Resorption bringt, als dafs er das Entstehen neuer verhindert. Die Frage, ob es sich bei der Affektion um eine entzündliche oder eine neoplastische Veränderung handelt, beantwortet er im Sinne der Neubildung. Die neugebildeten Herde sind als eine fibroplastische Infiltration zu betrachten; die Elemente, die die Herde bilden, sind nämlich wirkliche, durch Vermehrung der fixen Bindegewebszellen entstandene Fibroblasten. Die Infiltration selbst ist offenbar eine Folge der allgemeinen Stase, die bereits von Anfang an in der erkrankten Haut konstatiert wird. Die regressive Phase der Affektion wird eingeleitet durch eine Proliferation des die neugebildeten Herde umgebenden Bindegewebes, welche eine Atrophie mit Narbenbildung des angioendotheliomatösen Knotens (so läfst sich die Neubildung histologisch benennen) zur Folge hat. Eine schleimige Entartung der Herde, wie sie Joseph und Philippson gesehen haben, konnte Verfasser nicht beobachten. *C. Müller-Genf.*

Über Hautaffektionen bei Pseudoleukämie, von Carl Brexendorff. (Inaug.-Dissert. Jena 1903.) Verfasser beschreibt 14 Fälle von Pseudoleukämie. Es fand sich, dafs besonders zwei Arten von Miterkrankung der Haut sich öfter wiederholen; es sind dies Tumorbildung und eine mehr oberflächliche pruriginöse Affektion. Bei der ersten Form handelt es sich um verschieden grofse, meist kleinere Geschwulstbildungen, welche nicht nur in den tieferen Schichten des Coriums, wo sie allerdings am häufigsten sind, sondern auch in den Schleimhäuten und Muskeln angetroffen werden. Sie sind mit seltenen Ausnahmen auf Druck völlig schmerzlos, zerfallen nie, sind gegen das umgebende Gewebe nur undeutlich abgegrenzt und gegen ihre Nachbarteile stets gut verschieblich. Mikroskopisch stellt sich die Veränderung dar als eine Einlagerung zelligen Materials in die Haut, und zwar liegen die kleinen, rundkernigen Zellen in dem Maschenwerk des Coriums des subcutanen Gewebes. Die Gefäfsinfiltration geht bis in das Gebiet des subcapillaren Gefäfsnetzes, überschreitet dasselbe jedoch nicht nach der Epidermis zu; in diesem Bereiche finden sich fast gar keine Mitosen. Die Lymphgefäfse sind vollgepfropft mit Leukocyten (Pinkus). Die Entstehungsweise solcher Lymphocytenansammlungen erklärt Verfasser durch die Bildung von Rundzellen an Ort und Stelle. — Die zweite Form von Hauterkrankung, wie sie sich in acht Fällen zeigte, verläuft unter dem Bilde einer pruriginösen Affektion; sie ist von einzelnen Autoren, z. B Wagner, direkt als Prurigo bezeichnet worden.

Eine strittige Frage ist nun, ob die pruriginöse Hauterkrankung eine Folge des Allgemeinleidens, der Pseudoleukämie oder ob sie nicht vielleicht Ursache der Lymphdrüsenschwellung und damit des veränderten Blutbefundes ist. Sicher ist, dafs eine langdauernde Prurigo Lymphdrüsenschwellung hervorrufen kann; und Verfasser sieht in Übereinstimmung mit Wagner, Joseph, Westphal die Hautaffektion als eine Teilerscheinung der Allgemeinerkrankung, der Pseudoleukämie, an.

Digitized by Google

Seltener findet sich eine bestehende Pseudoleukämie mit einigen anderen Hautkrankheiten kombiniert. So sind zwei Fälle von Pseudoleukämie, verbunden mit einem lichenartigen Exanthem, ein Fall mit typischer Pityriasis rubra beobachtet. In zwei Fällen handelte es sich um eine eigentümliche ekzematöse Erkrankung: die Haut rötet sich sehr intensiv, wird dicker und die Epidermis schuppt schliefslich kleienförmig ab. Während dieses Verlaufs äufserst starker Juckreiz. Absolut trockene Haut, nirgends Bläschen oder nässende Rhagaden. Im Fall 8 handelte es sich um eine anscheinend sehr seltene, bis jetzt einzig dastehende Dermatose. Ohne irgendwelche vorhergegangene Entzündungserscheinungen, ohne jeden Juckreiz schrumpft die Haut, wird atrophisch, glänzend, pergamentartig, von gelblicher Farbe. An manchen Stellen bilden sich bis $^1/_2$ cm breite Fissuren; die Epidermis stöfst sich in starken Schuppen ab. Diese Affektion breitet sich kontinuierlich über den ganzen Körper aus. Dafs auch in den zuletzt angeführten Fällen das Zusammentreffen von Pseudoleukämie und Hauterkrankung kein rein zufälliges ist, dafs letztere auch vielmehr nur als Teilerscheinung des Allgemeinleidens aufzufassen, geht daraus hervor, dafs genau wie bei den beschriebenen pruriginösen Affektionen, jede Besserung oder Verschlimmerung des Allgemeinleidens mit einer Abnahme oder erneuten Eruption des Hautausschlages begleitet ist. Überhaupt mufs es schon auffallen, dafs bei dem so seltenen Vorkommen der Pseudoleukämie diese sich so häufig mit den verschiedensten Hautaffektionen kombiniert findet. *Fritz Loeb-München.*

b. *Benigne.*

Über das Epithelioma contagiosum von Taube und Huhn, von Max Juliusberg-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschrift.* 1904. Nr. 43.) Die Versuche des Verfassers führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Das Virus der Taubenpocken ist in derselben Weise filtrierbar wie das der Hühnerpocken.
2. Die Inkubationszeit ist bei Hühner- und Taubenpocken bei der Impfung mit dem Filtrat um etwa das Doppelte länger als bei direkter Impfung mit den Geschwülsten resp. deren Krusten.
3. Bei einer vom Verfasser beobachteten Taubenpockenepidemie war das Kontagium durch fortgesetzte Tierpassagen mitigiert und schliefslich avirulent geworden.
4. Zusatz von Erythrosin (1 %) zu einer gleichen Menge des Filtrats tötet nach dreitägiger Belichtung durch Tageslicht das Virus ab.
5. Eine Übertragung auf Menschen und auf Mäuse gelingt weder mit der Tauben- noch mit der Hühnerpocke.
6. Keiner der aus dem Epithelioma contagiosum mit Leichtigkeit züchtbaren Hefepilze, Kokken oder Bazillen ist pathogen für Taube und Huhn.

A. Loewald-Kolmar.

Molluscum contagiosum als Tumor der Areola mammillae, von Oskar Klauber-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 50—51.) Bei einer 37jährigen Frau bestand seit ca. einer Woche in der Nähe der linken Brustwarze ein kleines, derbes Geschwülstchen, breitbasig auf dem normalen Gewebe der Umgebung aufsitzend. Makroskopisch hatte es Ähnlichkeit mit Granulationen, klinisch konnte man es am ehesten für einen Epidermidalkrebs halten. Die mikroskopische Untersuchung ergab unzweifelhaft das typische Bild eines Molluscum contagiosum. Verfasser geht näher auf die mikroskopischen Verhältnisse und auf die einschlägige Literatur ein.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Plexiforme Neurome oder verästelte Neurome, von M. Delfosse. (*Thèse de Lille.* 1904.) Das Neuroma plexiforme ist eine seltene Affektion, die meistens am

Digitized by Google

Kopfe, den oberen Augenlidern oder der Schläfe auftritt und fast stets oberflächlich sitzt. Hereditäre Verhältnisse scheinen eine ätiologische Rolle zu spielen; Traumen beschleunigen die Entwicklung. Die Verteilung auf beide Geschlechter ist eine gleiche. Die Affektion ist meist angeboren. Die Pathogenese ist unklar. Die Entwicklung ist eine langsame, aber stetig fortschreitende. Prognose günstig. Therapeutisch hat nur die Exstirpation Aussicht auf Erfolg. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Fall von Fibroma molluscum mit Hautatrophie, von Otto Weichert. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Nachdem Verfasser an der Hand einiger Fälle aus der Literatur verschiedene Komplikationen allgemeiner Neurofibromatose dargelegt hat, teilt er einen Fall von multiplen Fibromen der Haut mit, der sich durch eine bisher noch nicht beschriebene Kombination auszeichnet, nämlich durch stellenweise Hautatrophien. Die Details müssen im Original studiert werden.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von „zentraler" Neurofibromatose mit multiplen Neurofibromen der Haut, von Guido Richter. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Kasuistische Arbeit.

Fritz Loeb-München.

Über die Behandlung ulcerierender Angiome bei ganz jungen Kindern, von J. Gheorghieff. (*Thèse de Bordeaux.* 1902. Nr. 11.) *Fritz Loeb-München.*

Lymphangiom mit temporärer Chylorrhoe, von Neumann-Wien. (*Zeitschr. f. Heilk.* 1902. XXIII. Band.) Es handelte sich um ein 14jähriges, sonst gesundes Schulmädchen. Dasselbe hatte an der inneren Schenkelfläche links handbreit unter der Schenkelfurche eine fingerlange, daumenbreite, rosenrote, über das Niveau der Umgebung leicht elevierte Hautpartie, die von Furchen durchzogen und von warzenartigem Aussehen war. Aus verschiedenen Stellen dieser Zone sickert wie aus einem Sieb in wechselnder Menge ein milchiges Sekret in Form kleinster Tröpfchen. Nach den Mahlzeiten und nach längerem Stehen ist die Sekretion stärker; an manchen Tagen sistiert sie gänzlich. Das Mädchen wurde durch die Durchnässung und Verunreinigung der Wäsche auf das Leiden aufmerksam, welches sonst keinerlei Beschwerden erregte.

Die Diagnose Lymphangiom wurde durch die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Stückchens gestützt, es fanden sich reichliche, sehr weite Lymphräume im Papillarkörper. Da nicht klare Lymphe, sondern zeitweilig milchig getrübtes Sekret abflofs, wurde auf eine Kommunikation mit Chylusgefäfsen der Bauchhöhle geschlossen. Durch die Nahrung liefs sich denn auch das Sekret beeinflussen. Die Kranke bekam per os Mandel- und Olivenöl, welches mit Sudan III gefärbt war, 1½ Stunde nach der Einnahme wurde das Sekret rosenrot und behielt diese Farbe 1¼ Stunde lang. Bei fettarmer Kost trat erhebliche Klärung der Flüssigkeit auf, während sie bei Verabreichung von fettreicher Nahrung undurchsichtig, weifs mit einem Stich ins Gelbliche, wurde, Bei der Operation zeigte sich in der Tiefe ein gröfseres Gefäfs, aus welchem wasserklare Lymphe flofs, dieser Lymphstrang wurde weiter nach oben verfolgt und man gelangte zu einem federkieldicken Strang, der durch doppelte Ligatur unterbunden wurde. Das Resultat der Operation war kein günstiges, zwar sistierte die Sekretion eine Zeit, stellte sich aber später, wenn auch in vermindertem Mafse, wieder ein.

Bezüglich der Ätiologie ist zu sagen, dafs die Anwesenheit von Chylus in der aussickernden Flüssigkeit ein Beweis für das Vorhandensein eines Hindernisses im Bereiche der in Frage kommenden Strombahn der Lymphe ist, da ohne dasselbe eine rückläufige Bewegung des Chylus undenkbar ist. Da der Fall nur in vivo beobachtet wurde, konnte näheres nicht angegeben werden. Neumann vermutet, dafs das Hindernis entweder lediglich in einer bedeutenden graduellen Steigerung im Be-

Digitized by Google

reiche der in der Lymphbahn der Unterextremität normal herrschenden Strömungswiderstände oder in einem hiervon verschiedenen, durch irgendwelchen pathologischen Zustand geschaffenen Hindernis besteht. Vielleicht kann auch beides vorliegen.

Die idiopathische Lymphangiektasie kann viele Jahre ohne wahrnehmbare Störung allgemeiner Natur bestehen. Das hervorstechendste Symptom ist die Lymphorrhoe, die je nach Anstrengung oder Ruhe stärker oder schwächer auftreten kann, zuweilen bei Lastträgern auch kontinuierlich sein kann. Allmählich kann die langanhaltende Lymphorrhoe zur Abmagerung und zum Sinken der Kräfte führen, die Kranken werden anämisch und neurasthenisch. Fast in allen Fällen, so auch in dem vorliegenden, finden sich disseminiert oder in Gruppen stehende, helle oder trübe Flüssigkeit enthaltende Bläschen um das Lymphangiom herum und bilden diese ein pathologisches Merkmal. Da die Lymphangiektasie sich durch Druck manchmal ganz zum Verschwinden bringen läfst, so ist eine Verwechslung in der Leistengegend mit einer Hernie nicht unmöglich; ist aber die Lymphangiektasie an der Innenseite des Oberschenkels lokalisiert, so gibt das Verschwinden auf Druck ein diagnostisches Kriterium für dieselbe ab. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Über die angeborenen Blutcysten des Halses, von Friedrich Grossmann. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) Kasuistik über 42 Fälle aus der Literatur und einen eigenen. *Fritz Loeb-München.*

Histologische Untersuchungen über Miliaria crystallina, von Karl Mayer. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1903.) Nach dem Resultat der Untersuchungen des Verfassers läfst sich eine bestimmte Beziehnung der Miliaria crystallina zu der Schweifssekretion in dem Sinne, wie er von den meisten früheren Autoren angenommen wurde, zum mindesten nicht als konstant aufstellen.

Fritz Loeb-München.

Studie über die Hauthörner, von Ch. F. M. Bizière. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 85.) Die Arbeit bringt nichts Bemerkenswertes. *Fritz Loeb-München.*

Über das gutartige Epitheliom der Haut, von Max Christian. (Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Als Ausgangspunkt für die Neubildung kommen nach der Zusammenstellung des Verfassers hauptsächlich Epidermis und Haarbalg in Betracht.

Fritz Loeb-München.

Feuchtwarzen, deren Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie, von C. W. G. Rohrer - Baltimore. (*Amer. Journ. Med. scienc.* Nov. 1904.) Neben einer tabellarischen Übersicht über 23 Patienten der poliklinischen sowie der Privatpraxis gibt Verfasser eine kritische Besprechung der Beobachtungen einiger anderen der wichtigsten Publikationen über diesen Gegenstand. Seinen Berechnungen nach ist bei 60 % der Fälle ein venerischer Ursprung nachzuweisen. Ob eine direkte Infektiosität dieser Gebilde anzuerkennen sei, läfst er unentschieden. Er hat aber bei Färbungen nach Gram zahlreiche Bakterien im Epithel und in den Lymphgefäfsen gefunden, und er nimmt an, dafs die Entstehung dieser Hypertrophien durch gewisse reizende Produkte dieser Mikroorganismen zu erklären sein dürfte. Von Tieren akquirieren Pferde und Hunde diese Anomalien, während Wiederkäuer immun zu sein scheinen. Der interessanteste Teil der Arbeit besteht in den histologischen Untersuchungen, wobei er Mikrophotogramme solcher Papillofibromata von Mensch und Pferd reproduziert und ausführlich beschreibt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung des Condyloma acuminatum mittels Erfrierung, von M. Schein - Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 5.) Das Verfahren besteht in der Vereisung der Kondylome. Dieselbe geschieht auf die Weise, dafs man mittels Äthylchloridstrahles die gesamte Oberfläche, die Basis, allenfalls auch den Stiel des Gewächses zum Erfrieren bringt. Die gesunde Umgebung wird mittels trockener

Digitized by Google

Gaze oder Watte gegen die Einwirkung des Äthylchlorids geschützt. Sobald das Gewächs und dessen Basis hart und weifs geworden ist, ist die Prozedur vollendet. Der Kranke bleibt noch einige Minuten liegen, dann steht er auf und braucht weiter keinerlei Mittel zu benutzen. Das Kondylom stirbt nach einigen Tagen ab und fällt von selbst ab. Man mufs aber darauf achten, dafs der Strahl des Äthylchlorids ein starker, energischer sei und nicht blofs die Oberfläche des Kondyloms, sondern auch dessen Basis treffe. Sind viele Kondylome auf einer gröfseren Fläche verstreut vorhanden, so kann das Verfahren öfter vorgenommen werden. Die Bauart des Kondyloms und die Empfindlichkeit desselben infolge der leicht zu unterbrechenden Zirkulation ermöglichen diese „einfache, sichere, reinliche", rasch zum Ziele führende und geringfügige Operation. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Die Papillome der Zunge, von Berger. (*Journ. d. prat.* 1905. Nr. 1.) Ausgehend von einem Falle von gestieltem Papillom der Zunge bei einem 14 jährigen Mädchen bespricht B. die Differentialdiagnose gegenüber den anderen an der Zunge vorkommenden Tumoren und weist darauf hin, dafs man sich wegen der Gefahr einer späteren malignen Degeneration nicht mit dem Abbinden des Papilloms begnügen darf; die Geschwulst mufs vielmehr mit der ihren Stiel umgebenden Schleimhaut und einem Teil der darunter liegenden Muskelsubstanz exzidiert werden.

Götz-München.

Ein Fall von entzündlichem Papillom, von Ludwig Simon. (Inaug.-Diss. Erlangen 1904.) Ohne Besonderheiten. *Fritz Loeb-München.*

c. *Pigmentanomalien.*

Über die Genese der Melanome in der Haut bei Schimmelpferden, von Johannes van Dorssen. (Inaug.-Diss. Bern 1903.) Melanome können nach der Auffassung des Verfassers nur an jenen Stellen des Körpers auftreten, wo normalerweise Pigment gebildet wird. Dieser Satz führte zur mikroskopischen Untersuchung der Pigmentverteilung in der Haut von dunklen Pferden, in deren Cutis Verfasser vergeblich nach Pigmentzellen gesucht hat. Infolge des konstanten Mangels an Pigmentzellen in der Cutis dieser Tiere, fehlt auch in derselben der physiologische Boden für das Entstehen von Melanomen. Verfasser stellt die Hypothese auf, dafs man das sehr seltene Auftreten von Melanomen in der Haut von dunklen Pferden auf embryonal abgesprengte Epidermiszellen zurückführen müsse. Bei Schimmeln von mittlerem und höherem Alter findet man in der Haut immer Pigmentzellen.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von Breda. (Venedig, 1904.) Der Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser Affektion, von denen der eine ein neugeborenes Kind, der andere einen 41 jährigen Mann betrifft. Bei letzterem handelte es sich um den ersten Anfall, der dann allerdings von anderen gefolgt wurde. Dies widerspricht somit der Ansicht, dafs die Urticaria pigmentosa eine ausschliefslich beim Kinde in den ersten Tagen beobachtete, resp. eine angeborene Affektion sei.

C. Müller-Genf.

Beitrag zur Kasuistik der aus angeborenen Melanosen des Auges hervorgehenden Tumoren, von S. Behr. (Inaug.-Diss. Heidelberg 1903.) Kasuistik.

Fritz Loeb-München.

Ein rekurrierender perinephritischer Abscefs von 26 jähriger Dauer und das klinische Bild des Morbus Addisonii zeigend, von George A. Molben-Denver. (*New York med. Journ.* 28. Jan. 1905.) Der Fall, welcher die seltene Gelegenheit einer 26 jährigen Beobachtung bot, zeigte bei der ersten Besichtigung hochgradige Schwäche, Abmagerung, kleinen raschen Puls, Anämie und einen „Dysenterie"-

Digitized by Google

ähnlichen Zustand; Bronzefärbung war an Händen und Füſsen, jedoch nicht an den Schleimhäuten und der Sklera vorhanden. Der nun 45 jährige Patient litt seit 26 Jahren an zeitweisen Anfällen, welche an Malaria erinnerten, mit Schüttelfrost einsetzten und wahrscheinlich auf den jedesmaligen Durchbruch eines Abscesses in das Nierenbecken zurückzuführen waren; im Zusammenhang mit der vergröſserten Leberdämpfung, mit Pyurie und dem cystoskopischen Befund, wonach der Eiter nur aus der rechten Niere kam, wurde die Diagnose eines perinephritischen Abscesses gestellt. Bei der Operation fanden sich zahlreiche alte Verwachsungen, welche für die lange Dauer des Krankheitsprozesses zeugten; die Besserung war nach der Operation (mit Drainage) eine rasch fortschreitende, die Hautpigmentierung blieb aber bestehen. M. konstatierte beim Studium dieses Falles, daſs dieselben Allgemeinsymptome fast bei allen Erkrankungen, welche die Drüsen ohne Ausführungsgänge oder deren Ganglien im Sympathicus betreffen, vorhanden sind. Im vorliegenden Falle war durch die Erscheinungen von Muskelschwäche und -schmerzen die Ähnlichkeit mit schwerer Myasthenie (Bulbärlähmung) noch erwähnenswert, welch letztere aber höchst selten Hautpigmentierung zeigt. Verfasser schlieſst noch vergleichende Betrachtungen über letztgenannte Affektion, die Addisonsche und Basedowsche Krankheit an.

Stern-München.

Über den akuten Verlauf des Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der gastro-intestinalen Erscheinungen, von Hans Fischer (Inaug.-Diss. Bonn 1903.) Im Anschluſs an seinen merkwürdig verlaufenen und plötzlich mit dem Tode endigenden Fall bringt Verfasser eine Zusammenstellung ähnlich verlaufener Fälle aus der Literatur und gibt eine Übersicht über die Theorien, die zur Erklärung dieser Erscheinung von den verschiedenen Autoren aufgestellt wurden.

Fritz Loeb-München.

Ein Fall von Morbus Addisonii ohne Bronzefärbung der Haut, von B. Gressbeck. (Inaug.-Diss. München 1902.)

Ein Fall von Nebennierentuberkulose ohne Morbus Addisonii, von S. Karpeles. (Inaug.-Diss. München 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik des Morbus Addisonii, von Louis Goldschmidt. (Inaug.-Diss. München 1903.) Nach einer historischen Einleitung bespricht Verfasser die pathologische Anatomie, Symptomatik, Verlauf, Therapie und Pathogenese des Krankheitsbildes, um zum Schluſs ausführlich über einen eigenen Fall zu berichten. Das Literaturverzeichnis umfaſst 56 Nummern. *Fritz Loeb-München.*

Intermittierende Polyurie usw. bei Addisonscher Krankheit, von Ernst Bendix-Göttingen. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1904. Bd. 82, 1 u. 2.) Bendix hatte Gelegenheit, einen Fall von Addisonscher Krankheit bei einem 21 jährigen Schlachtergesellen etwa ein Jahr lang zu beobachten, der an einer ganz geringfügigen, interkurrenten Angina innerhalb 24 Stunden im Collaps zugrunde ging. Neben sehr groſsen Schwankungen in dem Wohlbefinden des Patienten, die mit groſsen Schwankungen im Körpergewicht und depressiven Erscheinungen einhergingen, sowie gastrointestinalen Störungen, periodenweise auftretend, bestand das auffallendste, periodisch wiederkehrende Symptom in einer intermittierend auftretenden Polyurie, die von 750 bis 3000 g am Tage schwankte. Irgendwelche äuſseren Gründe für diese Polyurie lieſsen sich nicht finden, auch koinzidierte dieselbe weder mit den Schwankungen des Körpergewichts noch mit denen des subjektiven Empfindens, wenngleich zuzeiten der Polyurie die Adynamie viel stärker war. Auch lieſsen sich keine Beziehungen zwischen diesen auffallenden Symptomen und Blutdruckschwankungen des Patienten nachweisen. Endlich ergab sich für den Verdacht, daſs die periodenweise auftretenden Verschlimmerungen in dem Zustand des Patienten durch schubweise Zerstörungen

Digitized by Google

des Nierengewebes bedingt seien, nicht der geringste Anhalt aus der makroskopischen wie mikroskopischen Untersuchung der Nebennieren. Therapeutisch konnte die Krankheit weder durch Nebennierentabletten noch durch monatelang fortgesetzte Medikation des so warm empfohlenen Adrenalins beeinflufst werden.

Putzler-Danzig.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über Haarausfall, von R. A. Mc Donnel-New Haven. (*Mercks Archives.* 1904. Nr. 8.) Nachdem M. die Ursachen der Seborrhoe erörtert hat, welche hauptsächlich in den Barbierstuben, durch die zahnärztlichen Stühle, die Hutständer in den Klubs, die Rücklehnen der Eisenbahnwagen und den intimen Verkehr der Familienmitglieder von Mensch zu Mensch übertragen werden, zählt er noch einige andere Entstehungsursachen des Haarausfalles auf. So wird bei den Gelehrten und anderen Berufsklassen, welche bei künstlichem Licht arbeiten müssen, Überhitzung und Austrocknung der Kopfhaut und der Haarausfall durch Ernährungsstörung der Haarwurzeln begünstigt; ebenso leiden Angestellte, in deren Läden elektrische Lampen brennen, öfter an Haarausfall als diejenigen, in deren Läden anderes Licht brennt. Haarfärbemittel begünstigen den Haarausfall; auch ist das Durchtränken der Haare mit Wasser schädlich. Aber zu weniges Waschen kann die Seborrhoe begünstigen, besonders bei Leuten, die auf staubigen Landstrafsen arbeiten und viel auf Automobilen oder Eisenbahnen fahren. Die Vererbung spielt eine gewisse Rolle, wenn auch durch sorgfältige Beobachtung von hygienischen Mafsregeln die Kahlheit lange hinausgeschoben werden kann. Verfasser gibt dann genau das Verfahren an, wie eine an Seborrhoe leidende Kopfhaut einzufetten und zu waschen ist. Die therapeutischen Mafsnahmen am Schlusse der Arbeit enthalten nur Bekanntes. *Putzler-Danzig.*

Die interne Behandlung der Hämorrhoiden, von A. Robin. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 9.) Der Aufsatz bringt im wesentlichen nichts Neues. Zu erwähnen ist nur, dafs nach R. bei Arthritikern und bei Leuten mit erhöhtem Blutdruck die Unterdrückung der Hämorrhoidalblutungen zu krankhaften Erscheinungen führen kann; in solchen Fällen mufs die Blutung durch Verabreichung von Aloëpillen oder durch Applikation von Suppositorien, die Aloë oder Tartar. stibiat. enthalten, wieder hervorgerufen werden. Mit dem Gebrauch von Tartar. stibiat. sei man jedoch vorsichtig; denn das Mittel kann Reizzustände und selbst Proctitis verursachen.

Götz-München.

Über Hämorrhoiden, von Samuel G. Gant-New York. (*New York med. Journ.* 7. Jan. 1905.) Neben der üblichen Klassifikation der Hämorrhoiden in äufsere und innere nimmt Verfasser eine Einteilung der ersteren in thrombotische und Haut-, der letzteren in kapilläre und venöse Hämorrhoiden vor. Die thrombotischen kommen gewöhnlich bei kräftigen Personen vor und werden plötzlich durch die Ruptur von ein oder mehreren kleinen Venen während der Austreibung harter Fäkalmassen verursacht. Durch die Reizung der letzteren, den Tenesmus und die Schmerzen am After (Sphinkteralgie) tritt bald hochgradige Entzündung und Schmerzhaftigkeit ein; die Hauthämorrhoiden bestehen in hypertrophischen Verlängerungen der Haut und sind häufig eine sekundäre Folge der Resorption von Blut der Thrombenhämorrhoiden. Die Behandlung der Hämorrhoiden ist meist eine erfolgreiche, sei sie eine medikamentöse oder operative; letztere ist aber nach Verfassers Ansicht bei weitem vorzuziehen und sollte stets dann eingeleitet werden, wenn es von der Entscheidung des Arztes abhängt. Von den vier üblichen Operationsmethoden: 1. Fassen mit Klammern und Kauterisation, 2. Ligatur, 3. Exzision und 4. Injektion von

Digitized by Google

kaustischen oder adstringierenden Substanzen ist die letztgenannte diejenige, welche die wenigst guten Resultate gibt und welche G. nahezu völlig verwirft, während er die Klammer- und Brennmethode im allgemeinen den anderen vorzieht. Eine Allgemeinnarkose hält er in der Mehrzahl der Fälle für entbehrlich, sondern er empfiehlt sehr warm die lokale Anästhesie, und zwar vermittels von Injektionen sterilisierten Wassers, nachdem mit Eukain- und Kokainlösungen zuweilen Vergiftungserscheinungen, häufig Blutungen vorkommen und nach der Operation und Aufhören der anästhetischen Wirkung heftige, langanhaltende Schmerzen sich einstellen. All diese Folgen kommen nicht oder nur in ganz geringem Maſse bei Gants Methode vor, welche darin besteht, Ausdehnung der Gewebe durch Injektion einfach sterilen Wassers und dadurch Anästhesie zu erzielen. G. hält auch eine Krankenhausbehandlung für absolut unnötig, sondern er operierte seine Patienten entweder zu Hause oder in seinem Ambulatorium; im letzteren Falle oder wenn der Kranke bald wieder das Bett verlassen und seiner Beschäftigung nachgehen will, zieht er die Ligatur der Kauterisierung wegen der geringeren Gefahr der Nachblutung vor. Auſser dem üblichen Verband mit der T-Binde empfiehlt G. zur Nachbehandlung, um Sekretstauung und deren reizende Folgen zu verhindern, häufige Applikation von heiſsen Gazekompressen; sollte dies zur Schmerzstillung nicht genügen, so sind Salben oder Suppositorien mit Opium, Kokain oder Eukain anzuwenden. Verfasser hat mehr als 250 Fälle von Hämorrhoiden mit seiner Methode lokaler Anästhesie und der Klammer und Kauterisation operiert und vorzügliche Resultate bei allen Varietäten der Hämorrhoiden gehabt; zum Schlusse hebt er nochmals die Unnötigkeit allgemeiner Narkose bei dieser Operation und die wenig ermutigenden Erfolge der Injektionsmethode hervor. *Stern-München.*

Die Schwangerschaftsnarben und die varikösen Erweiterungen der kleinen Hautvenen. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 39.) Frauen, die um jeden Preis ein Mittel gegen ihre Schwangerschaftsnarben haben wollen, kann man ut aliquid fiat, empfehlen, sich täglich die Striae zehn Minuten lang massieren (streichen, klopfen und kneifen) und gleichzeitig eine die Haut reizende Salbe einreiben zu lassen.

Gegen die varikösen Erweiterungen der kleinen Hautvenen verordnet man, um das Blut abzuleiten, tägliche Applikation möglichst heiſser Kompressen; dieselben müssen während einer Viertelstunde alle zwei bis drei Minuten gewechselt werden. Auſserdem gibt man morgens nüchtern ein leichtes salinisches Abführmittel und vor den Mahlzeiten je fünf bis sechs Tropfen Extract. Hamamel. fluid. Die Behandlung muſs Monate hindurch fortgesetzt werden. *Götz-München.*

Über die Behandlung der Varicen, von Franz Altenburg. (Inaug.-Dissert. Bonn 1903.) Die beschriebene Methode ist die des Zirkelschnittes, um den Unterschenkel mit Durchtrennung des subcutanen Gewebes bis auf die Fascie, doppelter Unterbindung sämtlicher ins Bereich des Schnittes fallender Venen, Naht der gesetzten Wunde. Diese Operation ermöglichte in 78 % Heilung. Diese Schedesche Operation wurde stets in Narkose vorgenommen unter Anwendung der Esmarchschen Blutleere. Ein glatter Schnitt durchtrennte die Haut bis auf die Fascie unter Schonung der letzteren, sämtliche groſsen und kleinen Venen wurden gefaſst und doppelt unterbunden, wobei man zweckmäſsig die gröſseren Venen resecierte, es folgte dann genau adaptierende fortlaufende Naht, der man bei stärkerem Auseinanderweichen der Wundränder einige Knopfnähte oder eine weitfassende knopflose Naht vorausschicken kann. Für die Anlage der Schnitte wurde meist die Gegend oberhalb des gröſseren Umfanges der Wade gewählt, die stets oberhalb komplizierender Narben oder Thrombosen lag. Bei ausgedehnten Varicen wurde dem Wadenschnitt

Digitized by Google

ein zweiter tiefer Schnitt 6—10 cm oberhalb der Malleolarspitze hinzugefügt, in der Absicht, auf diese Weise die Schädigung der Dauerresultate abzuschwächen, die etwa aus weiteren Kommunikationen zwischen dem tieferen und oberflächlichen Venennetz und durch den venösen Druck unterhalb des Zirkels resultieren könnte. Selten wurde bei tief sitzendem Geschwür ein einziger tief gehender Schnitt bevorzugt. Um die mitentartete Vena saphena minor zu treffen, mufste, falls der Schnitt schon oberhalb ihres Durchtritts durch die Fascie gefallen war, die letztere gespalten werden. Die Operation dauerte im Mittel eine halbe Stunde. Häufig wurde neben dem Zirkelschnitt eine lokale Behandlung der Geschwüre vorgenommen (Exzision, Evidement, Umschneidung, Thierschsche Transplantation), oft auch die Trendelenburgsche Operation damit verbunden. Der Heilungsverlauf war in 40 % der Fälle ein glatter, der schon 14 Tage nach der Operation das Aufstehen gestattete.

Fritz Loeb-München.

Über die Behandlung der Varices, von Br. Kaiser. (Inaug.-Dissert. Jena 1903.) Die Arbeit ist auf Anregung Riedels, dessen Material ihr auch zugrunde liegt, entstanden. Einleitend gibt Verfasser eine Erklärung des physiologischen Vorgangs bei der Bildung von Unterschenkelvaricen und eine Orientierung über die anatomischen Verhältnisse der Saphena. Welcher Art die pathologischen Veränderungen in den drei Schichten der Venenwand sind, ist noch nicht völlig aufgeklärt. Die Anlage zu Varicen ist ebenso wie bei anderen Gefäfserkrankungen (Angiome) erblich. Dafs man die Varicen besonders bei Personen findet, die auf der Höhe ihres Schaffensvermögens stehen, erklärt Verfasser einerseits aus dem Schrumpfungsprozefs, dem die Klappen in zunehmendem Alter anheimfallen, anderseits daraus, dafs in der Periode des kräftigsten Schaffens die Gelegenheitsursachen reichlicher sind als in anderen Lebensperioden. Im hohen Alter ist der Schrumpfungsprozefs der Venenklappen am ausgeprägtesten, trotzdem ist dann die Neigung der Gefäfswände, zu dilatieren, nicht mehr dieselbe wie in früheren Jahren, da das Arbeitsmafs ein erheblich geringeres geworden ist und die Gefäfswände sich selbst schützen durch die mehr oder weniger stark ausgeprägte Arteriosklerose. Verfasser bespricht in seinen weiteren Ausführungen Diagnose, Prognose, Verlauf und die Hauptgefahren der Venenerweiterung an den unteren Extremitäten. Therapeutisch kommen medikamentös-konservative und radikal-operative Behandlung in Betracht.

Seit 1889 wurden an der chirurgischen Universitätsklinik in Jena unter der Direktion von Riedel 61 Fälle von Varicen der unteren Extremität operiert. Bei 52 der Fälle ist die Ausschälung gröfserer dilatierter Venenstücke oder der ganzen Saphena mit Nebenästen vorgenommen worden, 9 sind nach Trendelenburg operiert, d. h. die Saphena wurde hoch oben unterbunden, und aufserdem wurden noch in einigen Fällen am Unterschenkel längere Venenstränge exstirpiert, also beide Methoden kombiniert, und zwar mit gutem Erfolge. Nach einer Beschreibung der Methode der Ausschälung bringt Verfasser in kurzen Daten das Wesentliche der betreffenden Krankengeschichten. *Fritz Loeb-München.*

Zur Behandlung des Ulcus cruris und seiner Ursachen, von Hans Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) V. empfiehlt für Ulcera cruris einen Verband mit zwei dünnen, festen, langen, elastischen Binden; diese werden unter entsprechendem Druck konzentrisch angelegt und können nachts abgenommen werden. Die Patienten erlernen die Technik des einfachen Verbandes meist sehr rasch und können ihn gröfstenteils selbst machen; nur wo das nicht der Fall ist, wird ein Dauerverband angelegt. V. benützt dazu einen Leim von folgender Zusammensetzung: Tragakanth ½ %, Gelatine 10 %, Glycerin 5 %, Acid. boric. und Natr. boric. aa 5 %; mit dieser Mischung wird die erste elastische Binde, nachdem

Digitized by Google

sie wie zum einfachen Verbande angelegt ist, getränkt, darauf wird die zweite Binde appliziert. Der Verband wird sehr schnell fest und ist sehr haltbar; um ihn abnehmen zu können, wird er mit warmem Wasser tüchtig angefeuchtet, der Leim wird dabei gelöst und ausgelaugt. Da die Binden lange verwendet werden können, ist der Verband viel billiger als Heftpflaster-, Leim- und Pastenverbände.

Götz-München.

Über Heftpflasterverbände bei Ulcus cruris, von Caesar Philip-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 45.) Als Ersatz der sehr gut wirkenden, aber umständlich herzustellenden Unnaschen Zinkleimverbände empfiehlt Ph. zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre einen Heftpflasterverband, durch welchen die Geschwürssekrete nach aufsen gelangen können. Er verwendet dazu Heftpflasterstreifen, deren mittlerer Teil keine Pflastermasse trägt, also nur aus durchlässigem Stoffe besteht; er legt sie, zwei Finger breit unterhalb des Ulcus beginnend, unter starker Kompression dachziegelförmig bis zwei Finger breit oberhalb des mit Jodoform, Airol. Ichthargan usw. bestäubten, jedoch sonst unbedeckten Geschwürs, und zwar so, dafs der von Pflastermasse freie Teil des Streifens über dem Geschwür liegt, die Enden des Streifens aber sich auf der gegenüberliegenden Seite kreuzen. Der Verband, der sich in der Unnaschen Poliklinik sehr gut bewährt hat, kann in wenigen Minuten angelegt werden und wird nach drei bis sechs Tagen erneuert; die dazu nötigen Pflasterstreifen werden von Beiersdorf unter dem Namen „Philipbinde“ in den Handel gebracht. *Götz-München.*

Ein neuer Verband bei Ulcus cruris (Ectoganverband), von S. Schwarz-Jägerndorf. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 39.) Als Verbandwasser dient folgende Emulsion:

℞	*Ectogan*	5,0
	Glycerini	30,0
	Aqu. dest.	100,0
	Methylviolett	0,2
	S. Ectoganemulsion.	

Mit dieser Emulsion wird Verbandmull und etwas Watte leicht getränkt, damit wird die Geschwürsfläche bedeckt und nun mit zwei Mullbinden und zwei Gazebinden der Verband angelegt.

Bei stark eiternden oder nekrotischen Geschwüren bleibt der Verband zwei Tage liegen, wird jeden dritten Tag gewechselt, sonst genügt ein zweimaliger Wechsel in der Woche.

„Die Heilfaktoren, die hier vereint erscheinen, sind zunächst der Sauerstoff in statu nascendi, der langsam aus dem Ectogan frei wird, und Zinkoxyd, aus dem Superoxyd erzeugt. Dafs dieses Zinkoxyd seinerseits auch wirksam ist, bedarf keiner Erörterung. Das beigefügte Pyoctanin soll überdies desinfizierend wirken. Dafs Druck und die Fixation des Ganzen von grofser Bedeutung sind, haben die Verbände von Schleich und Unna zur Genüge dargetan.“ *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über die Behandlung der Ulcera cruris mit besonderer Berücksichtigung der Crurintherapie, von M. Lichtenberger. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1904.) Einleitend behandelt Verfasser Entstehung und Behandlung, um sich dann ausführlicher über die Crurintherapie zu äufsern. Das zur Verwendung kommende Chinolin-Wismutrhodanat (Crurin) hat folgende Konstitution:

$$\left(C_9H_7N{<}^{H}_{SCN}\right)_3 Bi(SCN)_3.$$

Es ist ein rotbraunes, grobkörniges Pulver, unlöslich in Alkohol, Wasser und Äther, es zersetzt sich allmählich beim Zutritt von Wasser oder seröser Flüssigkeiten

Digitized by Google

zu freier Rhodanwasserstoffsäure neben Chinolinrhodanat und basischem Wismutrhodanat. Die Rhodanwasserstoffsäure ist durch ihre leichte Zersetzlichkeit als chemisches Individuum schlecht konservierbar; sie wird nun infolge des Zersetzungsprozesses auf der Wunde selbst gebildet; da sie elektrolytisch eine der am stärksten dissoziierten Säuren ist, so wirken die freien Wasserstoffionen aufserordentlich kräftig antiseptisch; die desinfizierende Wirkung der Säurelösungen geht ihrem Dissoziationsgrade parallel, d. i. also der Anzahl der Wasserstoffionen pro Volumeinheit der Lösung. Hierdurch und durch die adstringierende Wirkung des Präparates erklärt sich nach der Meinung des Verfassers die regenerative Wirkung auf die Epidermis. Der Hauptvorzug des Mittels liegt nach den bisherigen Erfahrungen darin, dafs es die oberflächlichen Schichten schlechter Granulationen rasch zu zerstören und durch gesundes Granulationsgewebe zu ersetzen vermag; inwiefern dem Crurin bei der weiteren Epidermisierung eine wichtige Rolle beizulegen ist, läfst sich mit Sicherheit nicht entscheiden. Zum Schlufs bespricht Verfasser zwei Fälle, einen ambulanten und einen stationär behandelten, die den Wert des Mittels dartun. *Fritz Loeb-München.*

Nochmals etwas über das Unterschenkelgeschwür, von Vehmeyer-Haren. (*Medico.* 1905. Nr. 9.) Das Unterschenkelgeschwür ist in Wahrheit das Kreuz der Ärzte, und zwar dadurch zumeist, dafs es zu der Klientel der Kurpfuscher das Hauptkontingent liefert. Man mufs vor allen Dingen die unheilbaren Geschwüre von anderen unterscheiden, und zwar sind „diejenigen unheilbar, welche in ihrer Flächenausbreitung die ungefähre Gröfse eines Handtellers angenommen und eine Tiefe erreicht haben, welche fast bis auf das Periost der Knochen geht“. Man sieht solche Geschwüre vornehmlich bei älteren Leuten, und als Hauptentstehungs- und Hinderungsgrund für die Heilung spielt ein krankes Herz eine Rolle. (Auch ein latentes Carcinom oder andere latente maligne Krankheiten können die Heilung eines grofsen Unterschenkelgeschwüres hintanhalten, überhaupt ist eine solche „reinliche Scheidung“, wie sich's Verfasser denkt, in der Prognose wohl nicht immer möglich. Ref.) Wollen wir heilen, so müssen wir auf die Therapie des Ulcus cruris all die Mafsnahmen übertragen, welche sich für die Reparation des beginnenden „Brandes“ am zweckmäfsigsten erwiesen haben. „Wir müssen möglichste Bettruhe und soweit diese nicht durchführbar ist, wenigstens absolute Ruhe und Hochlagerung des Beines verlangen.“ (Nun, schliefslich mufs man sich schlechterdings zu einer „ambulanten“ Behandlung verstehen, und eine solche nach Schleich u. a. ist heutigentags durchaus nichts „Absurdes“ mehr. Ref.) „Nach Deckung der Wunden selbst ist das Bein zum Ausgleich der Venektasien unmittelbar mit einer elastischen Binde zu umwickeln, welche auf der Frist beginnend mit einem zentripetal allmählich abnehmenden Druck das Glied umgibt.“ Hierüber ist, wozu V. „weifse Wollwatte und schwarze Wolle“ bevorzugt, eine dicke, trockene, warme Schicht zu hüllen, diese wieder mit einer impermeablen Umlage zu decken und das Ganze mit einer breiten, wohlangezogenen Cambricbinde abzuschliefsen. Hiermit ist nun für die Wärmehaltung und die mit ihr bezweckte Blutzufuhr bei dieser Art der Ernährungsstörung kaum schon genug geschehen, es wird vielmehr in jedem Falle zu empfehlen sein, den Verband und besonders den weniger bewickelten Fufs obendrein durch warme Wolldecken und Wärmflaschen zu unterstützen. Als Medikament empfiehlt V. die Pinselung mit Perubalsam oder das Bestreichen mit Zink-Perubalsamsalbe. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Eine Erkrankung der Nägel, verbunden mit Arthritis der Endgelenke der Finger und Zehen, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (*Univ. Penn. Med. Bull.* Vol. XVII. Nr. 8.) Der 41jährige Patient, dessen Beschäftigung die Herstellung künstlicher Zähne betraf, hatte zuerst vor 15 Jahren am rechten Daumen den Beginn der Anomalie beobachtet. Dieselbe begann mit Rötung, Schwellung und Schmerz-

Digitized by Google

haftigkeit der Fingerspitze; allmählich dehnten sich diese Erscheinungen bis auf das Gelenk aus, und im Anschlufs daran atrophierte der Nagel bis zum totalen Verschwinden. Bei der Aufnahme zeigten sämtliche Finger und mehrere Zehen diesen Zustand. Die Schwellung an den Fingerspitzen ist vergangen, dagegen sind einzelne Gelenke deutlich verdickt. Die Knochen sind, wie skiagraphische Aufnahmen bewiesen, intakt. Eine gewisse Besserung trat ein unter der Applikation von Quecksilbersalbe bei interner Darreichung von Arsenik. Verfasser hat in der Literatur nur einen einzigen analogen, von Rist beschriebenen Fall auffinden können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Nagelfurchen, von Dimo-Dimitroff. (*Thèse de Genève.* 1903. Nr. 8.) Aus der medizinischen Klinik in Genf. Die Arbeit ist ohne besonderes Interesse; erwähnenswert ist nur, dafs bei neurasthenischen Zuständen die Nagelfurchen den Verdacht auf Simulation zerstreuen können.

Fritz Loeb-München.

Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Nagelerkrankungen, von Theodor Heynemann. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Aus der königl. Universitätsklinik zu Kiel. Ohne besonderes Interesse. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik der kongenitalen Onychogryphosis, von C. Müller-Strafsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 49.) Beschreibung eines Falles von angeborener Onychogryphosis an den Fingern und, in geringerem Grade, auch an den Zehen eines 14jährigen Mädchens, das aufserdem eine kongenitale Alopecie bezw. Hypotrichosis, sowie eine seit einem Jahre bestehende Psoriasis aufwies. M. glaubt, dafs es sich um ein zufälliges Zusammentreffen von Mifsbildungen der beiden Hautadnexe mit Psoriasis handelte. *Götz-München.*

Die Behandlung der Alopecia areata mit Strömen hoher Frequenz, von Verdani. (*Rivista internaz. di Terapia fisica.* 1904. Nr. 12.) Aus dem guten Erfolge dieser Behandlungsmethode bei Alopecia areata schliefst der Verfasser, dafs es sich um eine Affektion dyskrasischer Natur handelt, indem sich die Heilung einstellt mit dem besseren Ernährungszustande der erkrankten Haut. Er bedient sich eines Rumkorfschen Transmutators mit 25 cm Funkenlänge und rotierendem Quecksilberunterbrecher, Teslascher Spule und Akkumulatoren von 12 Volt.

C. Müller-Genf.

Vorstellung von Resultaten der Eisenlichtbehandlung bei Alopecia areata, von Kromayer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) In der Sitzung vom 30. November 1904 der Berliner medizinischen Gesellschaft stellt K. vier Patienten vor, die seit Jahren an völliger Kahlköpfigkeit infolge von Alopecia areata gelitten haben, bei denen sich bei zweien noch Alopecia areata totius corporis hinzugesellt hat. Seit vier Monaten werden sie alle 8—14 Tagen mit kaltem Eisenlicht an drei aufeinanderfolgenden Tagen derart bestrahlt, dafs die Kopfhaut intensiv gerötet und entzündet wird. Bei allen vier ist das Wachstum der Haare eingetreten und im steten Fortschreiten. Die Haare bedecken den Kopf unregelmäfsig, die Haare wachsen in Kreissegmenten in immer enger werdenden Kreisen und decken so allmählich die Kreise, die Heilung erfolgt also zentripetal. Es spricht dieses gegen die parasitäre Theorie der Alopecia areata. Bei einem anderen Kranken, der bisher nicht mit Licht behandelt wurde, ist bisher nur eine schwache Regeneration pigmentloser Haare eingetreten, bei einem anderen, seit 20 Jahren an Alopecia areata leidenden ist eine Vitiligo hinzugesellt, derart, dafs die kahlen Stellen vollkommen weifs, die behaarten dagegen tiefbraun hyperpigmentiert sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Trichorrhexis nodosa, von M. Dubuché. (*Thèse de Lille.* 1904.) Die Trichorrhexis nodosa ist eine recht seltene Affektion. Charakteristische Symptome

sind: 1. Knoten an den Haaren, 2. Brüchigkeit, 3. Knickung an den Knoten und 4. Zerfaserung der Haare. Drei Theorien sind zur Erklärung der Pathogenese aufgestellt worden: 1. eine mechanische Theorie (falsch), 2. eine parasitäre, 3. eine tropho-neurotische Theorie. Nach früheren bakteriologischen Untersuchungen sollte die Trichorrhexis durch Mikroorganismen bedingt sein. Verfasser glaubt, dafs die ersten Autoren eine ganz andere Affektion studiert haben. Versuche, die er und SABOURAUD angestellt haben, hattten keinen Erfolg. Danach würde die tropho-neurotische Theorie wieder mehr an Wahrscheinlichkeit gewinnen, wenn nicht SABOURAUD die Kontagiosität der Affektion festgestellt hätte. Trotzdem ist die Genese des Krankheitsbildes noch ungeklärt. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: An den Haaren hängende Fremdkörper, wie Staub, Kohlenpartikelchen usw., Lauseier, Leptothrix, perlschnurförmige Aplasie usw. usw. *Fritz Loeb-München.*

Über die Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum, von ISCHREYT-Libau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) In einem Falle von Xeroderma pigmentosum bei einem zehnjährigen Knaben erhob Verfasser folgenden Befund an den Augen: Augenbrauen und obere Lider normal; hochgradiges Narbenektropion der unteren Lider, die Lidkanten sind völlig verstrichen, die Wimpern fehlen fast vollständig. Untere Tränenpunkte ektropioniert und geschwollen. An der inneren Lidkommissur sitzt eine erbsengrofse, blutende Granulation. — Conjunctiva bulbi beiderseits injiziert. Auf den Corneae sieht man vom Limbus herstammende Gefäfsbäumchen, Infiltrate und Trübungen offenbar älteren Datums. Rechts ziehen von der Tarsalconjunctiva des unteren Lides Schleimhautfalten zum Randteil der Cornea. Die tieferen Teile der Augen zeigen keine Veränderung. — Im weiteren Verlauf der Krankheit entwickelte sich neben Tumoren an anderen Teilen des Gesichtes auch ein ulceröses Carcinom am linken oberen Lid. — Die geschilderten Augenveränderungen sind nichts Ungewöhnliches; sie entsprechen im wesentlichen den Veränderungen der Haut, nur übertragen auf die anderen Verhältnisse. *A. Loewald-Kolmar.*

Über Xeroderma pigmentosum, von RUDOLF FREYSE. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Verfasser gibt zunächst eine Übersicht über die klinischen Erscheinungen des Xeroderma pigmentosum und deren Entwicklungsgang, über die Anatomie und Ätiologie, und beschreibt dann den Fall eines 35jährigen Patienten. Bemerkenswert ist, dafs die Eltern des Patienten Blutsverwandte waren, ferner das Alter und die verhältnismäfsig lange Dauer des Leidens. *Fritz Loeb-München.*

Zur Kasuistik der diabetischen Gangrän, von ADOLF WAHLMANN. (Inaug.-Dissert. Kiel 1903.) Nach einleitenden klinischen Bemerkungen bringt Verfasser die Krankengeschichten von acht Fällen. Bei der Betrachtung dieser Fälle bezüglich der Behandlung und des Ausganges ergibt sich, dafs man in drei Fällen mit der Exartikulation der Zehen auskam und völlige Wiederherstellung erreichte. In vier Fällen mufste eine hohe Amputation gemacht werden, die jedoch keine Heilung herbeiführte; bei diesen Patienten trat der Exitus letalis ein. In einem Falle wurde wegen Schwäche von der Operation Abstand genommen. Der Exitus trat ein infolge Marasmus. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Ätiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes, von AUGUST VOIROL, (Inaug.-Dissert. Bern 1903.) Verfasser hat das Material der dermatologischen Klinik zu Bern und der Privatpraxis von JADASSOHN durchgearbeitet und speziell die zurzeit wichtigste ätiologische Frage, die nach der Beziehung des Lupus erythematodes zur Tuberkulose einer eingehenden Bearbeitung unterzogen. Dann bespricht er kurz einige atypische und speziell akute Fälle und gibt zum Schlufs einige statistische Daten über die Häufigkeit des Lupus erythematodes in den verschiedenen Ländern. Die wesentlichsten Hypothesen über die Ätiologie dieser

Affektion gruppiert Verfasser in folgender Weise: 1. Der Lupus erythematodes kann durch verschiedene Ursachen bedingt werden; er stellt eine ätiologisch einheitliche Krankheit nicht dar. Unter den verschiedenen Ursachen werden bald die inneren (Zirkulationsstörungen, Anämie, toxische Einwirkungen usw.), bald die äufseren (Kälte und Hitze, Seborrhoe usw.) mehr in den Vordergrund gestellt. 2. Der Lupus erythematodes stellt eine eigene (meist chronische) Infektionskrankheit mit noch unbekanntem Erreger dar. 3. Der Lupus erythematodes steht in einem — wie immer gearteten — ätiologischen Zusammenhang mit der Tuberkulose.

Die statistischen Untersuchungen des Verfassers beweisen, dafs von einem gesetzmäfsigen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Lupus erythematodes keine Rede sein kann.

Weitere Untersuchungen des Verfassers befestigen den Satz, dafs der echte typische Lupus erythematodes fast (?) nie auf Tuberkulin reagiert; bezüglich des Verhaltens der Lymphdrüsen beim Lupus erythematodes hält Verfasser, wenngleich er eine statistische Grundlage für seine Meinung nicht erbringen kann, die grofsen Drüsennarben und -Pakete am Hals bei Lupus erythematodes-Patienten für häufiger als bei anderen Kranken (auch tuberkulösen). Weiter werden zwei Fälle angeführt, in deren einem Lupus erythematodes und Lupus vulgaris, in deren zweitem Lupus erythematodes und Skrophuloderma und ein einem Lichen scrophulosorum ganz analoges Exanthem bestand.

Das zweite Kapitel ist der Besprechung der atypischen, disseminierten und akuten Fälle gewidmet. Bemerkenswert ist, dafs die fünf vom Verfasser publizierten Fälle dieser Art alle bei Frauen beobachtet wurden. Es entspricht dies ganz der Erfahrung, dafs bei diesen Fällen noch mehr als beim Lupus erythematodes überhaupt das weibliche Geschlecht häufiger betroffen wird. Bei einer genaueren Betrachtung dieser Fälle ergibt sich, dafs alle diese Patienten in bezug auf ihr Genitalsystem in gewissem Grade abnorm sich verhielten. Die Beziehungen, speziell der akuten Formen des Lupus erythematodes, zu den Genitalorganen sind schon von Kaposi hervorgehoben worden; er betont speziell die Häufigkeit der Sterilität bei den kranken Frauen.

Die wenigen Bemerkungen über die Häufigkeit des Lupus erythematodes sollen nur beweisen, dafs wir von einer rationellen Statistik, wie der Hautkrankheiten überhaupt, so des Lupus erythematodes noch weit entfernt sind, und dafs es voreilig wäre, aus den wenigen vorhandenen Daten ätiologische Schlüsse zu ziehen.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zur Ätiologie des Lupus erythematodes, von Otto Löser. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Das Bemerkenswerteste am beschriebenen Fall ist, dafs sich die Eruptionen nicht nur im Bereiche des Gesichtes, des behaarten Kopfes, der Lippen und der Ohrmuscheln, wie es gewöhnlich beim Lupus erythematosus discoides der Fall ist, finden, sondern dafs auch der Stamm, die oberen und unteren Extremitäten, vor allen Dingen das Scrotum, der Penis, die Füfse und Hände in ihrer ganzen Ausdehnung von ihnen eingenommen sind. *Fritz Loeb-München.*

Die Behandlung des Lupus erythematosus durch wiederholtes Gefrieren mit Äthylchlorid, von M. B. Hartzell-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 31. Dez. 1904.) In mehreren Fällen sah Verfasser vom wiederholten Gefrieren der Lupus erythematosus-Flecke günstige Beeinflussung, verschiedentlich sogar völliges Verschwinden. Er glaubt, dafs dieses Vorgehen im Verein mit grofsen Dosen Chinin innerlich eine der wirksamsten Methoden bei der Behandlung der hartnäckigen Krankheit ist.

A. Loewald-Kolmar.

Digitized by Google

Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach Holländer und eine Erklärung für diese Therapie, von Moritz Oppenheim-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.) Schon seit längerer Zeit wurde bei Lupus erythematosus intern das Chinin und extern die Jodtinktur usw. von verschiedenen Autoren angewendet, aber Holländer kam als erster (1902) auf den Gedanken, beide Mittel miteinander zu kombinieren. Während aber Holländer noch sehr vorsichtig mit den Chiningaben war und möglichst kleine Dosen gab und in der Darreichung mehrmals eine Pause eintreten liefs, steigerte Oppenheim die Chinindosierung, so dafs innerhalb weniger Wochen 100 g Chinin gegeben wurden, und dann schaltete er eine lokale Vorbehandlung ein. Das modifizierte Verfahren, das Oppenheim anwendete, bestand in folgendem: Zuerst wurde mit 0,05 Chininum sulfuricum oder bisulfuricum nach eventuell bestehender Idiosynkrasie gefahndet. Fehlte diese, so bekam Patient die ersten drei Tage früh und abends 0,50 g Chinin, auch mehrmals im Tage. Bevor die Jodpinselung vorgenommen wurde, wurden die erkrankten Stellen nach dem von Hans v. Hebra zur Behandlung des Lupus erythematosus angegebenen Verfahren mit Alcohol absolutus und dann mit Äther betupft. Dadurch entfernt man die Krusten, und jetzt erst wird mit Jodtinktur und einem Borstenpinsel energisch eingepinselt. Nach je drei Tagen bekamen die Patienten 0,5 g Chinin mehr und diese Steigerung der Dosis wurde eventuell zu acht halben Grammen Chinin pro die festgesetzt, je nach der Intensität des Falles. Bei dieser höchsten Tagesdosis blieben die Kranken so lange, bis eine deutliche Abblassung und Abflachung der Krankheitsherde zu konstatieren war, und dann wurde die Tagesdosis nach je drei Tagen um ein halbes Gramm vermindert, bis wieder zweimal täglich 0,50 g Chinin erreicht waren. Eine Pause in der Behandlung wurde nicht gemacht; nur wenn die Kranken sich über Ohrensausen und Schwerhörigkeit beklagten, wurde die Dosis herabgesetzt; sofort nach dem Aufhören dieser Symptome wurde wieder die ursprüngliche Dosis verabreicht, die dann entsprechend vergröfsert wurde. Irgendwelche beunruhigende Symptome machte die Verabreichung dieser grofsen Chinindosen nicht. In keinem der sechs nach dieser Methode behandelten Fälle blieb der Erfolg aus; bei Abwesenheit einer Chininidiosynkrasie werden sehr hohe Chinindosen (4,0 pro die) gut vertragen, wenn man nur allmählich mit der Dosis steigt. Die Umkehrung des Verfahrens, intern Jodnatrium, extern Chininlösung, hat keinen Effekt.

An Tierversuchen gelang es Oppenheim, auch für die Wirkung der hier aufeinander auftreffenden Arzneimittel eine Erklärung zu finden. Der Chiningehalt der an Lupus erythematosus erkrankten Haut wird durch die Jodierung gesteigert, aber nicht durch Kongestion und nicht durch Verstopfung der Drüsen, sondern durch chemotaktische Wirkung des Jods auf das Chinin. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Über „idiopathische Hautatrophie“, von Wilhelm Lehmann. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

Über die idiopathische progressive Hautatrophie und ihre Beziehung zur Sklerodermie, von Metscherski. (Inaug.-Dissert. Moskau 1904.) Aus der Pospelowschen Klinik ist vor wenigen Monaten eine umfangreiche Dissertation von dem Ordinator der Klinik, Metscherski, über die interessante Frage der idiopathischen Hautatrophie und ihre in neuerer Zeit betonten Beziehungen zur Sklerodermie hervorgegangen. Mit grofser Gewissenhaftigkeit bespricht Verfasser zunächst die in der Zeit von 1883 bis zur Jetztzeit erschienenen, kasuistischen Fälle, welche hierher gehören könnten, und unterzieht sie einer strengen Sichtung. Indem er einzelne von anderen Autoren zur idiopathischen Hautatrophie hinzugezählte Fälle aussiebt, fügt er andere wieder hinzu und zählt im ganzen 71 fremde und 9 eigene Beobachtungen zu den sicheren. Von den eigenen Fällen ist der gröfsere Teil in der Moskauer

Digitized by Google

venerologisch - dermatologischen Gesellschaft vorgestellt worden und ein Teil bereits im Jahre 1901 Gegenstand einer Betrachtung seitens des Verfassers in der russischen medizinischen Rundschau gewesen. Die damals geäufserten Ansichten des Verfassers unterscheiden sich aber sehr wesentlich von den jetzigen, denn während damals die idiopathische progressive Hautatrophie als eine selbständige von ihm aufgefafst wurde, bringt er sie jetzt in enge Beziehung zur Sklerodermie. Der Kernpunkt seiner augenblicklichen Anschauuugen scheint mir in folgenden Sätzen zu liegen:

„Die Sklerodermie und die idiopathische progressive Atrophie der Haut haben augenscheinlich dieselbe Ätiologie und Pathogenese, da beide aus ein und denselben primären Veränderungen der Haut hervorgehen, oft gleichzeitig bestehen und ganz denselben Verlauf haben.“ Und später:

„Die Existenz einer idiopathischen progressiven Atrophie der Haut als solche ist nicht bewiesen, denn das unter diesem Namen von den ersten Beobachtern beschriebene Krankheitsbild ist nur der Ausgang vorhergegangener Veränderungen der Haut. Es ist das natürliche, letzte Stadium einer Dermatose, welche durch eine ganze Reihe von Beobachtungen genau und klar charakterisiert wird.“

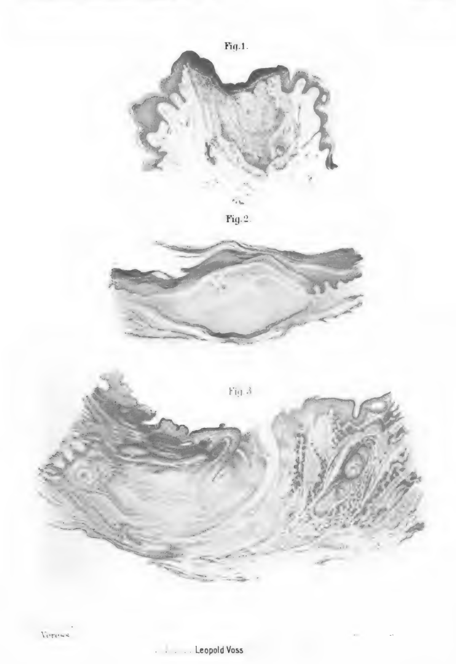
Wenn ich mich auch nicht den Ausführungen des geschätzten Verfassers völlig anschliefsen kann, mufs ich doch den Wunsch aussprechen, dafs seine wertvolle Arbeit durch eine Übertragung ins Deutsche weiteren Kreisen zugänglich gemacht würde.

Arthur Jordan-Moskau.

Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, von E. Payot - Olten. (Züricher Inaug.-Dissert. 1904.) In dieser fleifsigen Arbeit schildert Verfasser vier in der Klinik von Heuss-Zürich beobachtete Fälle der Affektion und gibt eine umfassende Übersicht der einschlägigen Literatur. Es handelte sich in allen vier Fällen um Individuen weiblichen Geschlechts. Der erste Fall, der klinisch und auch histologisch als Sclerodermia circumscripta diagnostiziert werden mufste, präsentierte sich insofern in atypischer Form, als sowohl eine palpable Induration wie auch der lilafarbene Rand fehlten. Immerhin konnte eine andere Diagnose nicht gestellt werden. Die zweite Patientin bot die von Unna als „Visitenkartenform“ des Leidens bezeichneten Läsionen dar, während die dritte sich als Sclerodermie en plaques präsentierte, und die vierte Patientin eine diffuse Form darbot. Die eingehenden Darlegungen der Histologie sowie die kritische Besprechung der Literatur lassen sich im Referate nicht gut wiedergeben. In therapeutischer Beziehung gelangt Verfasser wenigstens in bezug auf zwei der Fälle zu dem auch von anderer Seite vertretenen Standpunkt, dafs die Sklerodermie entweder spontan heilt oder gar nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google



Veress

Leopold Voss

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 40. №. 12. 15. Juni 1905.

Ein Fall von Acanthosis nigricans im Gefolge eines Brustkrebses

Von

Dr. Menahem Hodara-Konstantinopel.

Nach einer Demonstration in der Kaiserlich Medizinischen Gesellschaft zu Konstantinopel am 12. Mai 1905.

Mit vier Abbildungen im Text.

M. H.! Gestatten Sie mir, Ihnen dieses 30jährige Mädchen vorzustellen, die mit einem seltenen Hautleiden, der Acanthosis nigricans, behaftet ist. Vor zwei Jahren entwickelte sich bei dieser Patientin ein Krebs der linken Brust, der im vorigen Jahre von Herrn Dr. Kambouroglou operiert worden ist.

Nach ihrer Aussage hat sich die Acanthosis zuerst zwei Monate nach dem Beginn des Krebses gezeigt. Die Haut um Mund und Nasenlöcher fing damals an, sich dunkelbraun bis schwarz zu färben; auch wurde sie etwas verdickt, vielfach von kleinen Furchen durchzogen und von kleinen, flachen, warzenartigen Höckerchen besetzt; es bestand Jucken, aber keine Abschuppung. Einige Zeit später entdeckte Patientin unter der linken Brust eine kleine schwarze Warze. Nach der Operation im vorigen Jahre — die ganze Brust wurde abgenommen — erfolgte zuerst eine bedeutende Besserung im Gesicht; die schwarze Färbung verschwand fast ganz, und es trat ein Stillstand in dem Prozeſs ein, der erst nach einem halben Jahr einem rascheren Umsichgreifen der Krankheit wieder Platz machte. Jetzt, nach weiteren sechs Monaten, hat die Acanthosis nicht nur das ganze Gesicht erfaſst, sondern auch nach Hals, Rumpf, Achselhöhlen, Ellenbogenbeuge und Genitalien übergegriffen.

Wie Sie sehen, ist die Haut im ganzen Gesicht jetzt dunkel gefärbt, besonders am Kinn und um den Mund herum; daneben fühlt die Haut sich trocken und leicht verdickt an und ist mit kleinen, warzenartigen Höckern besetzt. Keine Spur von Abschuppung. An den Lidrändern hebt sich eine schwarze Linie ab.

Digitized by Google

Am Halse springen sämtliche Erscheinungen noch deutlicher hervor. Es sieht aus, als wäre der Hals von einem schmutzfarbenen Band umgeben, das hinten dunkler ist als vorn. Die Haut ist vielmehr verdickt als im Gesicht, weist, wie bei der Lichenifikation, zahlreiche, sich kreuz und quer schneidende Furchen sowie teils flache, teils hervorspringende verruköse Papeln auf; sie ist trocken und rauh, aber ebenfalls ohne Abschuppung. Ähnliche Herde warzenartiger Papeln und sich kreuzender Furchen gewahrt man in beiden Achselhöhlen, nur dafs die Papeln hier hervorspringender und die Furchen tiefer sind. Auch hier fehlt jede Spur von Abschuppung. Das nämliche Bild in etwas verkleinertem Mafsstabe wiederholt sich in den beiden Ellenbogenbeugen. Auch auf dem

Fig. 1.

Fig. 2.

Thorax, unterhalb der Brüste, und auf dem Abdomen trifft man die Herde in fast symmetrischer Anordnung. Auch hier keine Abschilferung. Auf der ganzen Haut des Rückens besteht der nämliche Zustand, am schärfsten im Spatium interscapulare. Unterhalb der linken, operierten Brust fällt ein fünf Francsstückgrofser Herd in die Augen, der aus kleinen, harten, schwarzen, stark hervorspringenden verrukösen Auswüchsen besteht; auch ist die Vorderfläche des Thorax mit vielen flachen, schwarzen Warzen, die wie Naevi aussehen, besetzt. Die Färbung der Herde am Thorax ist im Verhältnis zu der in den Achselhöhlen etwas heller.

Die gleichen Herde finden sich schliefslich auch an den grofsen Schamlippen, in den Leisten- und Schenkelbeugen, am Perineum und den Innenflächen der Oberschenkel; nur sind hier die Warzen viel hervorragender noch als in den Achselhöhlen und ist die Haut viel dunkler

gefärbt als an den übrigen kranken Stellen. Auch hier fehlt wieder jede Abschuppung, was für die Acanthosis pathognomonisch ist. Die Kranke klagt über Jucken und Brennen an den befallenen Stellen. Die Haut der Unterschenkel ist im grofsen und ganzen frei.

Besonders zu beachten ist, dafs die Narben der Operationswunde an der linken Brust von jeder Abnormität frei sind; sie heben sich als weifse, glatte Striche von der dunklen, akanthotischen Umgebung eigentümlich ab, die Krankheit macht unmittelbar vor ihnen Halt. Auch auf dem Rücken bestehen von früheren Einschnitten einige Narben, die ebenfalls durch ihre Glätte und weifse Färbung von der schwärzlichen und mit vielen Warzen bedeckten Umgebung abstechen.

Fig. 3.

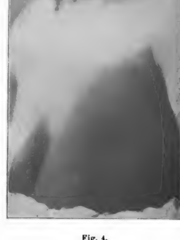


Fig. 4.

Patientin fühlt sich, wie Sie sehen, trotz ihrer Dermatose ganz wohl, der Krebs ist bis jetzt nicht rezidiviert.

Die Acanthosis nigricans ist bekanntlich eine äufserst seltene Krankheit; es liegen bis jetzt erst 30 Beobachtungen vor; unsere Bekanntschaft mit ihr ist erst neueren Datums. Sie wurde 1890 fast gleichzeitig von Unna-Pollitzer und von Janowsky beschrieben. Pollitzer, Assistent von Unna, hat in dessen Laboratorium diese Dermatose histologisch bearbeitet. Später ist sie dann auch von Darier einer sorgfältigen klinischen und histologischen Untersuchung unterzogen worden; er hat sie „Dystrophia papillaris et pigmentosa“ genannt. Darier hat auch zuerst auf ihre Beziehungen zum Krebs hingewiesen. Bei 25 von den 30 bis jetzt bekannten Fällen lag in der Tat gleichzeitig auch Krebs vor, und mein Fall ist ein neuer Beleg für die engen Beziehungen der beiden Krankheiten. Der

Google

innere Zusammenhang zwischen ihnen ist einstweilen noch gänzlich unklar. Darier meint, der Acanthosis nigricans liege vielleicht eine Autointoxikation oder eine Reizung des Bauchteils des Sympathikus durch einen bösartigen Tumor zugrunde. Letzterer Meinung sind Spietschka, Burmeister, Janowsky. Für die wenigen Fälle, in denen ein Krebs fehlte, nimmt Darier das Vorhandensein einer gutartigen Geschwulst oder abnormer anatomischer Verhältnisse (Malformation) an. In den zwei Fällen, die bis jetzt zur Sektion kamen, wurden an den Nebennierenkapseln keine Veränderungen gefunden.

In meinem Fall, der noch nicht weit vorgeschritten ist, sind die Schleimhäute unverändert; nur die Zunge zeigt tiefe Furchungen und stark hervorspringende Papillen. Haare und Nägel sind nicht verändert. Die Behandlung besteht einstweilen in Aufpinselungen von Sublimat-Kollodium in steigender Stärke von 0,5—4,0 : 100,0. Durch Abschälung der Haut und Entfernung einzelner Warzen hat sich das Aussehen des Gesichts offenbar schon etwas gebessert. Innerlich gebe ich Arsenik.

(Übersetzt von Dr. T. Türkheim-Hamburg.)

Erklärung der Figuren.

Figur 1. Ein Herd von Acanthosis nigricans an der Vorderfläche des Halses.

Figur 2—3. Desgleichen an der Hinterfläche des Halses.

Figur 4. An der Stelle der entfernten Mamma sieht man die lineare, weiße und glatte Narbe inmitten der Warzen und der akanthotischen Verfärbung.

Das Erythema syphiloide posterosivum beim Erwachsenen.

Von

Dr. E. Dalous,

Assistent an der Dermatologischen Klinik der Universität zu Toulouse.

Das Erythema papulosum posterosivum, das von Jacquet und Sevestre unter dem Namen Syphiloid posterosivum beschrieben wurde, ist eine wohl charakterisierte Dermatose mit eigenartigem Verlauf, die fast ausschiefslich Kinder in den ersten Lebensjahren zu befallen scheint. Ihre wesentlichsten Eigenschaften sind folgende: Sie sitzt am Perineum, am Skrotum, auf dem Gesäfs, der Hinter- und Innenfläche der Oberschenkel, den Waden, d. h. an allen denjenigen Teilen, die beim Säugling durch Urin und Stuhl leicht beschmutzt werden. Die Dermatose durchläuft in wenigen Tagen die folgenden Stadien: Sie beginnt als Erythema simplex, geht dann in ein Erythema vesiculosum über, verwandelt sich darauf in Erosionen, und schliefslich erscheint unter jeder Erosion im Laufe von von 24 Stunden eine Papel, die mit einer zweiten, glänzenden Epidermis bedeckt ist und einer syphilitischen Papel zum Verwechseln ähnlich sieht. Nach dieser Ähnlichkeit hat sie ihren Namen erhalten. Heilung erfolgt zwar rasch, doch sind Rückfälle nicht selten.

Ich hatte Gelegenheit, auf der Abteilung meines Chefs, des Herrn Prof. Audry, einen solchen typischen Fall von Erythema papulosum posterosivum zu beobachten. Dieser Fall betraf aber einen Erwachsenen, der wegen einer perinealen Harnfistel zur Aufnahme gekommen war. Durch den aus der Fistel fliefsenden Harn wurden das Perineum und die Schenkelinnenflächen beständig benetzt, und an diesen Stellen entwickelte sich das Erythem.

Das klinische Bild stimmte in diesem Fall genau mit dem beim Säugling beobachteten überein, wie ich es eben kurz skizziert habe. Ich füge nur hinzu, dafs der Ausschlag, der eine Folge des Harnträufelns war, schnell ausheilte, als wir einen Verweilkatheter in die Blase einführten, so dafs nach zehn Tagen keine Spur von ihm mehr zu sehen war. — Das posterosive Syphiloid ist also durchaus nicht auf das Säuglingsalter beschränkt, sondern kommt auch, wie unsere Beobachtung lehrt, unter gewissen Bedingungen beim Erwachsenen vor. Es ist uns hier freilich noch kein zweiter Fall vorgekommen; eine sorgfältige Untersuchung aller Harnröhrenleidenden könnte aber leicht noch mehr solcher Beobachtungen zutage fördern.

Digitized by Google

Ob die in unserem Fall vorliegende Ätiologie — ständige Benetzung mit Urin — die einzig mögliche für das Zustandekommen des Erythems ist, möchte ich nicht unbedingt bejahen, kann allerdings Material für eine gegenteilige Entscheidung der Frage auch nicht beibringen.

Die histologischen Veränderungen der Haut habe ich in meinem Fall gründlich untersucht; besonders auf zwei Elemente, auf die Erosion und auf die Papel, habe ich mein Augenmerk gerichtet.

Die Erosion. In einiger Entfernung von ihr ist die Haut nur wenig verändert; die Papillen sind im Volumen etwas vermehrt und leicht infiltriert. Durch intraepitheliale Diapedese haben sich einzelne kleine Leukocytenherde gebildet. Das Epithel ist etwas verdünnt, und es besteht intracelluläres Ödem. Die Körner- und Hornschicht sind etwas atrophisch.

Unterhalb der Erosion ist das Bindegewebe der Cutis aufgelockert, die Fibrillen treten auseinander und bilden ein wahres Netzwerk. Es besteht Proliferation der festen Zellen, mächtige Infiltration des Papillarkörpers, die aber entsprechend abnimmt, je mehr man in die Tiefe dringt; auch finden sich mono- und polynukleäre Leukocyten, Lymph- und Plasmazellen, Makrophagen, rote Blutkörperchen in kleinen hämorrhagischen Ergüssen. Die Kapillaren sind der Zahl nach vermehrt, sämtlich erweitert und strotzen von Blut.

Die Infiltration reicht an einem Punkte bis zum Epithel, gelangt bis in die tiefen Schichten und scheint sich auf die oberflächlichen Schichten zu verteilen. Im ganzen stellen diese Veränderungen unter dem Mikroskop eine Art Krater dar. Die Epithelzellen sind deutlich proliferiert, in der Basalschicht und der Stachelschicht gewahrt man zahlreiche Karyokinesen. Die Papillen sind ödematös und die intercellularen Zwischenräume, namentlich in ihrer Nähe, vergröfsert, wobei die fadenförmigen Zellbrücken sich verlängern.

Es besteht ein erhebliches parenchymatöses Ödem, was sich durch eine beträchtliche Vergröfserung der perinukleären Höhlen bemerkbar macht. Besonders ausgesprochen ist das Ödem in der Stachelschicht, so dafs die Kerne hier zuweilen aussehen, als zögen sie sich in sich selber zurück. Die Körnerschicht ist sehr unregelmäfsig, fehlt zuweilen ganz; die Keratohyalinkörner sind äufserst zart. Die Hornschicht endlich ist gleichfalls verdünnt, besteht kaum aus zwei bis drei Lamellen, die spärlich parakeratotisch sind.

Die Aufsenveränderungen des Epithels bestehen im wesentlichen in den Erscheinungen der Diapedese. Die polynukleären Leukocyten dringen in die erweiterten Zellzwischenräume ein und gelangen auch, abgesehen von einem Punkt, der dem Zentrum der Erosion entspricht und den Raum von etwa zwei bis drei Papillen umfafst, in die tieferen Schichten der Stachelschicht. Man trifft sie auch überall in der Körnerschicht, wo sie sich zu kleinen Häufchen von im Mittel fünf bis sechs Stück gruppieren und gewissermafsen kleinste Abscesse bilden, die durch Epithelzellen voneinander getrennt sind. Diese Diapedese der Leukocyten ist auch von dem Austritt roter Blutkörperchen begleitet.

Alle die bisher beschriebenen Veränderungen sind im Zentrum der Erosion am ausgeprägtesten, die intraepithelialen Abscesse konfluieren und die Zellen, durch die sie getrennt sind, verschwinden. Die Infiltration durchsetzt das Epithel in seiner ganzen Dicke und verwandelt es in ein richtiges Granulationsgewebe.

Untersuchung der nicht erodierten Papel. Die Veränderungen sind hier viel einfacherer Natur, und man kann zusammenfassend sagen, dafs der Bildung von

Digitized by Google

Papeln zwei Prozesse zugrunde liegen: die beträchtliche Hypertrophie des Epithels und die Volumsvermehrung der Papillen. Wenn man das Präparat vom Gesunden her betrachtet, so erkennt man, daſs die Papillen sich vergröſsern, je mehr sie sich der Papel nähern; die Faserbündel lockern sich, und das Gewebe gewinnt ein netzartiges Aussehen. Die festen Zellen sind proliferiert, man trifft sie in groſser Anzahl, die einen in den Maschen des Bindegewebes, die anderen mit Ausläufern versehen auf den Knotenpunkten des Netzes. Die Bindegewebsfasern rücken wieder zusammen, die Proliferation der Bindegewebszellen hört an den Grenzen des Papillarkörpers auf; an den oberflächlichen und tieferen Schichten der Cutis findet sich keinerlei Veränderung; die Schweiſsdrüsen sind normal. Das elastische Gewebe des Papillarkörpers läſst sich mit Orcein nicht mehr färben.

Von den Gefäſsen weisen nur diejenigen der Papillen Veränderungen auf. Hier sind sie deutlich proliferiert, so daſs man in einer Papille auf sechs bis sieben Schnitte von Kapillaren stöſst. Ihr Endothel ist geschwollen und ragt in das Lumen hinein; die einzelnen Endothelzellen sind vermehrt und stehen dichtgedrängt nebeneinander.

Die Papillen sind hypertrophiert und haben im ganzen eine keulenförmige Gestalt, indem ihr oberes Ende verdickt ist; auch sprossen bei vielen von ihnen von diesem verdickten Ende ein bis zwei Fortsätze ins Epithel, ohne daſs dadurch indes auf der Haut eine Hervorwölbung entstände.

Diapedese ist nicht vorhanden; es bestehen nur einige ganz kleine hämorrhagische Herde. Das Epithelium ist beträchtlich hypertrophiert, so daſs die interpapillaren Leisten eine bedeutende Gröſse erreichen; einzelne von ihnen erreichen über einen Millimeter Tiefe; doch sind sie daneben auch verdickt und mit vielfachen Anastomosen versehen. Auſser dieser Akanthose sind nur geringe anderweitige Abweichungen zu verzeichnen. Die Keimschicht ist im ganzen regelmäſsig; es finden sich, selbst mitten in der Stachelschicht, zahlreiche Karyokinesen. Die Zellen der Stachelschicht stehen dichtgedrängt nebeneinander, ihre Ränder sind unregelmäſsig winklig, ihr Protoplasma ist ziemlich dicht, der fibrilläre Bau läſst sich überall erkennen, doch sind die Fäden äuſserst zart; die Zwischenräume scheinen nicht verbreitert, die Schultzeschen Punkte sind sehr deutlich. Die perinukleäre Höhle ist bei fast allen Zellen vergröſsert, der Kern ab und zu etwas geschrumpft. Der Bau der Körnerschicht ist unregelmäſsig, bald besteht sie aus zwei bis drei, bald nur aus einer Lage Zellen, stellenweise fehlt sie auch ganz; die Körner sind sehr fein. Die Hornschicht ist vielfach parakeratotisch, doch fehlen die Kerne stellenweise in den Hornlamellen. Auf jeden Fall ist diese Schicht sehr zart und nur locker mit ihrer Unterlage verbunden.

Diese hier von mir beschriebenen erosiven Elemente sind auch von Menahem Hodara zum Gegenstand einer Untersuchung gemacht worden. Seine Schilderung trifft zwar in manchen Punkten mit der meinigen überein, es bestehen aber doch auch wesentliche Abweichungen zwischen uns. Abgesehen davon, daſs bei ihm die Erosion sich bis in die Cutis erstreckt und so ein richtiges eitriges Geschwür bildet, beschreibt er auch einen ganz anderen Mechanismus für das Zustandekommen der Erosionen. Nach ihm handelt es sich nicht mehr um eine Zerstörung des Epitheliums durch eine heftige Diapedese, sondern um eine Art Nekrose des Epithels: Parenchymatöses Ödem, die Zellen werden dadurch sämtlich homogen, das Epithel verwandelt sich in eine desquamierende Schicht, innerhalb deren

Digitized by Google

das Zellprotoplasma unfärbbar ist. Auf diese Weise entsteht ein richtiger Epithelschorf, und MENAHEM HODARA verweist auf die hyalinen, leukocytären Thromben in zahlreichen oberflächlichen Gefäfsen der Papillen.

SABOURAUD bringt in einem Artikel der *Pratique dermatologique* bei Besprechung der Impetigo das posterosive Syphiloid zu dieser in Beziehung und verweist es in die Familie der Dermitis impetiginosa, besonders zu der Form, die er als „Epidermite chronique à streptocoques“ beschrieben hat. Zu dieser Einteilung veranlassen ihn klinische und histologische Gründe. Ich kann mich ihm auf Grund meiner Beobachtung nicht anschliefsen. Die Impetigo setzt sich bekanntlich im wesentlichen aus Vesikeln zusammen. Diese entstehen durch das Zusammenfliefsen kleiner Ödemtröpfchen, welche die oberflächlichen Lagen der Epidermis abheben. Klinisch stellt die Impetigo sich dar als die reichliche Ausscheidung einer gerinnbaren Flüssigkeit, die an der Luft zu einer honigfarbenen Borke eintrocknet. Nun wurde aber bei meinem Patienten keine oberflächliche Phlyktänenbildung beobachtet, sondern eine heftige, zur Zerstörung des Epithels führende Diapedese. Auch ist noch in keinem Fall von Syphiloid bei kleinen Kindern über eine Exsudation und das Auftreten von Krusten berichtet worden. Wenn also SABOURAUD darauf besteht, das posterosive Syphiloid als eine Dermitis impetiginosa abortiva anzusprechen, so kann er das nur unter dem Vorbehalt, dafs die Krankheit so schnell verläuft, dafs sich kein einziges Impetigosymptom ausbilden kann.

Die Zusammenstellung unseres Syphiloids mit der Epidermite chronique à streptocoques ist eher berechtigt, zumal wenn man nur die histologischen Veränderungen ins Auge fafst. Denn die Papel des Syphiloids hat wirklich den nämlichen Bau, wie ihn SABOURAUD für die lichenisierte Epidermis beschreibt. Aber Symptomatologie und Verlauf sind bei beiden Formen doch grundverschieden. Beim Erythema papulosum posterosivum handelt es sich um ein den syphilitischen Neubildungen ähnliches Element, das rasch von selber wieder verschwindet; bei der Epidermitis chronica dagegen bilden sich in der Haut pachydermische Herde, die von senkrechten und wagerechten Furchen durchzogen sind und Wochen zu ihrer Ausheilung brauchen.

Alle diese Unterscheidungen sind von den hauptsächlichsten klinischen und histologischen Charakteren des posterosiven Syphiloids, der Impetigo und der Impetiginisation hergenommen. Bakteriologische Untersuchungen wären hier von der gröfsten Wichtigkeit; liefse sich annehmen, dafs der Streptococcus bei dem Entstehen und dem Verlauf des Syphiloids eine wesentliche Rolle spielt, so würde dadurch für die Auffassung SABOURAUDS ein Beweisstück erster Ordnung geliefert, und die drei Dermatosen liefsen sich nur nach ihrem akuten oder chronischen Verlauf differentialdiagnostisch auseinanderhalten.

Digitized by Google

Einstweilen aber läfst sich nur sagen, dafs die oberflächlichen Schichten der Epidermis durch die beständige Benetzung mit Urin mazeriert, dadurch verletzbarer und in ihrer Vitalität geschädigt werden. Dadurch wird die zerstörende Tätigkeit der Mikroorgnismen erleichtert, und es kommt zur Bildung kleiner Pusteln. Epithel und Bindegewebe reagieren auf den Reiz mit Eiterbildung und erschweren durch diesen Prozefs eine rasche Ausheilung; vielmehr geraten beide Gewebe in einen Zustand der Proliferation, der schliefslich zur Bildung von Papeln führt; diese sind der objektive Ausdruck der in beiden Geweben bestehenden Hyperplasie.

Ich halte mich daher zu dem Ausspruch berechtigt, dafs das posterosive Syphiloid, wie es von JACQUET und SEVESTRE bei den Säuglingen beschrieben ist, auch beim Erwachsenen vorkomme; beide Formen stimmen klinisch und histologisch überein.

Das Charakteristische der Dermatose sind Papeln, die auf vorher erodierten Flächen entstehen. Die Erosionen wiederum sind das Überbleibsel eines vesikulösen oder pustulösen Erythems. Die Heilung erfolgt sehr schnell und dauert nie länger als vierzehn Tage.

Durch das Fehlen einer reichlichen Exsudation und der Krustenbildung unterscheidet sich diese Hautkrankheit von der Impetigo. Aufserdem fehlt ihr die oberflächlich gelegene seröse Phlyktäne, die das primäre Element der Impetigo bildet; sie hat dafür eine lebhafte intraepitheliale Diapedese.

Die histologischen Veränderungen stimmen, soweit sie der Papelbildung zugrunde liegen, vollkommen mit denen bei der Lichenisation der Epidermite chronique à streptocoques überein; doch bringen sie nicht die nämlichen objektiven Veränderungen hervor.

Die beständige Benetzung der Haut mit Kot und Urin genügt, um diesen eigenartigen Ausschlag hervorzurufen.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Digitized by Google

Einige Bemerkungen über das farblose Teerpräparat „Anthrasol“.

Von

Dr. E. Toff - Braila (Rumänien).

Der Teer, welcher seiner antiparasitären, Epidermis regenerierenden und juckstillenden Wirkung wegen durch lange Zeit als eines der besten Heilmittel für die verschiedenartigsten Hautkrankheiten betrachtet worden ist, hat mannigfache Nachteile, wie z. B. jenen, die Haut zu färben, die Wäsche untilgbar zu verflecken und oft ganz unliebsame Reizerscheinungen der damit behandelten Hautpartien zu bewirken. Aus diesen Gründen wurden in neuerer Zeit zahlreiche Ersatzprodukte, wie Anthrarobin, β-Naphtol, Pyrogallol usw. hergestellt und empfohlen, von denen jedes seine Vorteile, aber auch seine Nachteile hat. Für gewisse Krankheitsfälle ist aber der Teer unersetzlich, und um seine Anwendung zu erleichtern, wurden von Vieth Studien gemacht, denselben seiner nicht erwünschten Nebeneigenschaften zu entledigen und ein Produkt zu schaffen, welches wohl die therapeutischen Vorzüge des Teers, aber nicht seine oben erwähnten Nachteile haben soll. Durch eine Reihe von Reinigungsprozessen wurden die klebenden und färbenden Bestandteile extrahiert, das Pech und die relativ giftigen und übelriechenden Pyridinbasen entfernt und endlich das Anthrasol durch eine Mischung von gereinigtem Steinkohlenteer mit gereinigtem Wachholderteer erhalten. Das Präparat enthält im grofsen und ganzen nur die Phenole und Kohlenwasserstoffe des Teers; es ist ölartig, leichtflüssig, schwach gelb gefärbt und erinnert nur durch seinen charakteristischen Geruch an das Ursprungsprodukt. Leichte Applikation mittels Pinsels oder Wattebausches, leichte Durchdringung der Hornschicht und Farblosigkeit im Gebrauche, sind die Hauptvorzüge des neuen Präparates. Ein geringer Zusatz von Pfefferminzöl korrigiert einigermafsen den Geruch.

Wie die gewöhnlichen Teersorten, kann auch Anthrasol zu verschiedenen Salben und Lösungen benützt, sowie auch mit demselben alle offizinellen Präparate, wie Ung. sulfuratum, Ung. Wilkinsonii usw. hergestellt werden.

Ich habe das Anthrasol in einer gröfseren Anzahl von Fällen angewendet, und zwar meist rein in Pinselungen oder Einreibungen mit Wattebausch; es ist dies die einfachste und billigste Anwendungsweise.

Nur für gewisse Fälle, und namentlich bei Kindern, dürfte sich eine Verdünnung unter der Form von Salben empfehlen. Gewisse, namentlich stark juckende Hautkrankheiten werden durch alkoholische Anthrasollösungen günstig beeinflufst. Eine unangenehme Nebenwirkung habe ich von dem Präparate in keinem Falle beobachtet, namentlich treten bei der Anwendung desselben die durch gewöhnlichen Teer so oft hervorgerufenen Reizungserscheinungen der Haut entschieden seltener auf. Selbstverständlich müssen auch für die Anthrasoltherapie die Fälle richtig ausgewählt werden, denn die Teertherapie eignet sich eben nicht für alles, was auf der Haut Krankhaftes vorkommt, und wenn dieselbe in den geeigneten Fällen segensreich wirkt, so kann sie in anderen direkt schädlich sein. Das Gebiet des Teers, und folglich auch des Anthrasols, sind eben chronische Hautkrankheiten und nicht akut entzündliche, wie dies Sack sehr richtig hervorhebt; es wäre also ganz verfehlt, akut entzündliche Ekzeme mit Anthrasol bepinseln zu wollen.

Für gewisse Anwendungsformen werden mit Anthrasol hergestellte Seifen empfohlen, welche ihrer Handlichkeit und Farblosigkeit wegen sich besonderer Beliebtheit, namentlich bei parasitären Hautleiden, erfreuen; auch werden dieselben in verschiedenen Kombinationen mit anderen Substanzen, wie Ichthyol, Schwefel, Salicyl usw., hergestellt.

Eine sehr gute Grundlage ist die von Vieth angegebene Anthrasolglycerinsalbe, bestehend aus Anthrasol 1,0, Lanolin 1,0 und Ung. glycerini 10,0. Ferner für gewisse Zwecke das Anthrasolstreupulver.

Um die Anthrasolwirkung zu illustrieren, will ich im folgenden einige Krankengeschichtsauszüge der damit behandelten Fälle mitteilen:

I. Zweijähriger Knabe leidet seit etwa drei Wochen an Skabies, aufserdem sekundäres Kratzekzem. Es werden abwechselnd am Ober- und Unterkörper Einreibungen mit Anthrasol vorgenommen und gleich nach der ersten Einreibung ein erhebliches Abnehmen des Juckreizes beobachtet. Nach vier Einreibungen (je zwei auf jeder Körperhälfte) kann die Skabies als geheilt betrachtet werden. Das Ekzem heilte in wenigen Tagen unter Zinksalbe.

II. Zehnjähriges Mädchen leidet seit etwa drei Jahren an Psoriasis. In den letzten Monaten sind die Plaques besonders grofs geworden, auch sind neue an Stellen aufgetreten, welche früher von der Krankheit verschont geblieben waren. Man findet an Armen und Beinen, namentlich in der Ellenbogen- und Kniegegend, taler- bis handtellergrofse, erhabene, von weifsglänzenden, festanhaftenden Schuppen bedeckte Stellen. Die Behandlung bestand in lauwarmen Bädern mit nachfolgenden Einpinselungen von reinem Anthrasol. Vollständiges Verschwinden der Effloreszenzen nach sechs Wochen.

Digitized by Google

III. 55jähriger Kleiderhändler leidet seit etwa vier Jahren an heftigem Jucken des Skrotums und der benachbarten Gegenden, Oberschenkel und Anus. Namentlich nachts mufs sich Patient fast ununterbrochen kratzen und ist auch die ganze Gegend von zahlreichen Kratzeffekten bedeckt. Naphtolsalben und spirituöse Lösungen, Ichthyol-Schwefelsalbe, Menthol, 5%ige Karbolsalbe hatten keinen oder kaum merklichen Einflufs. WILKINSONsche Salbe vermehrte das Jucken, während Anthrasol, nach Angabe des Kranken, das erste Mittel war, welches wirklich juckstillend gewirkt hatte. Die Behandlung wird fortgesetzt, bestehend in lauwarmen Bädern und Anthrasoleinpinselungen, und tritt das Jucken nur noch selten und an ganz circumskripten Stellen auf. Die Nachtruhe ist ungestört.

IV. Achtjähriges Mädchen leidet an chronischem Ekzem der behaarten Kopfhaut und des Nackens. Unter Einreibung mit Anthrasolsalbe Heilung in 14 Tagen.

V. 32jähriger Bankbeamter leidet an Pruritus ani. Die Gegend um den After herum ist leicht gerötet, die Haut verdickt, schuppend, auch besteht starker Juckreiz. Naphtol-, Ichthyol- und Zinksalben sind lange Zeit ohne wesentlichen Erfolg gebraucht worden. Unter Anthrasol-Glycerinsalbe und Anthrasolstreupulver heilt der Zustand in zwei Wochen.

VI. 37jähriger Arbeiter leidet an Fufsschweifsen und interdigitalem Ekzem. Unter Anthrasolstreupulver erhebliche Abnahme der Fufsschweifse und Abheilung des Ekzems.

VII. 18jährige Weifsnäherin leidet an Akne des Gesichtes und des Rückens. Ichthyol- und Teersalben, Ung. Wilkinsonii und verschiedene spirituöse Waschungen wurden ohne wesentlichen Erfolg angewendet. Anthrasol-Schwefelseife bewirkt eine erhebliche Abnahme der neu aufschiefsenden Akneknoten, Abflachung und Ausheilung der schon bestehenden. Die Behandlung wird mit Unterbrechungen, während welcher Zeit die leicht schuppende Epidermis mit indifferenten Salben behandelt wird, fortgesetzt.

VIII. Zehnjähriger, an klassischem Prurigo leidender Knabe. Lauwarme Bäder und Ung. Wilkinsonii erzielen jedesmal erhebliche Besserung, doch wird über die Beschmutzung der Leib- und Bettwäsche geklagt. Infolgedessen wird die WILKINSONsche Salbe mit Anthrasol hergestellt; das Resultat ist ein gutes.

IX. 39jähriger Kaufmann. Pediculi pubis et axillae. Kratzekzem. Einreibungen mit Anthrasol-Glycerinsalbe töten die Parasiten und heilen das Ekzem.

X. 20jährige Frau mit Pythiriasis versicolor der Brust- und Rückenhaut. Es werden Einreibungen mit Anthrasol 2,0, Sapon. virid. und Vaselin ✶ 5,0 gemacht und nach fünf Einreibungen ein Bad genommen, worauf Abschuppung der Haut eintrat und die Flecken verschwanden.

Digitized by Google

XI. 13jähriges Mädchen an nassen Ekzemen der Ohrmuschel und der postaurikularen Gegend leidend; ist seit Jahren mit zahlreichen Salben ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden. Infolge der grofsen Hautreizung und diffusen Schwellung der ganzen Gegend wird die Behandlung nicht mit Anthrasol, sondern mit dem viel milderen und namentlich für akute Fälle viel passenderem Lenigallol, in Form einer 10%igen Lenigallol-Zinkpaste, begonnen. Wasserwaschungen werden ausgesetzt, Sekrete und Salbenreste mit reinem Vaselin fortgewischt, worauf in wenigen Tagen die Sekretion verschwindet und nur eine stark gerötete, schuppende Fläche zurückbleibt. Pinselungen von Anthrasol 1,0, Ol. olivarum 10,0 führen Heilung innerhalb einer Woche herbei.

XII. Einjähriger Knabe mit seborrhoischem Ekzem der behaarten Kopfhaut. Ölhaube, Entfernung der Borken und Krusten, Einreibungen von 10%iger Anthrasol-Zinksalbe. Heilung innerhalb acht Tagen.

XIII. 27jähriger Hafenarbeiter leidet an trockenem, chronischem Ekzem der vorderen Achselfalten und Ellenbogenbeuge; starkes Jucken. Heilung unter Pinselungen mit reinem Anthrasol nach zehn Tagen.

XIV. 21jährige Primipara, mit hartnäckigem Ekzem der Brustwarzen, welches das Säugen vollständig unmöglich macht. Heilung unter Anwendung von 5%iger Lenigallol-Anthrasol-Zinksalbe nach sechs Tagen.

Ich habe aufserdem Anthrasol noch in anderen zahlreichen Fällen von chronischem Ekzem, Seborrhoe, Pruritus vulvae usw. angewendet und mit demselben zufriedenstellende Erfolge erzielt. Im allgemeinen kann gesagt werden, dafs die Wirkung des Anthrasols eine etwas mildere als die des gewöhnlichen Teers ist, was eine leichtere Dosierung der Wirkung ermöglicht als mit gewöhnlichem Teer, mit welchem man oft über das Ziel hinausschiefst und unliebsame Reizungen der Haut, Steigerung statt Linderung eventuell bestehenden Juckens, kurz eine Verschlimmerung des Leidens bewirkt. Es ist dies besonders für bessere Patienten wichtig, welche meist eine empfindlichere und reizbarere Haut haben, als die Land- und Arbeiterbevölkerung. In vernachlässigten Psoriasisfällen schien mir die Wirkung des Anthrasols eine zu schwache zu sein und mufste ich zu energischeren Mitteln, wie Eugallol und Chrysarobin greifen, glaube aber, dafs in diesen Fällen auch gewöhnlicher Teer keinerlei rasche Wirkung ausgeübt hätte.

Auffallend ist in allen Fällen die erhebliche juckstillende Wirkung des Anthrasols, worin es, wie auch Herxheimer meint, alle bisher bekannten juckstillenden Mittel zu übertreffen scheint. Man kann dasselbe infolgedessen nicht nur bei juckenden Hautkrankheiten, sondern überhaupt bei Jucken ohne anatomische Grundlage, wie bei Pruritus, Urticaria, mit gutem Erfolge anwenden.

Digitized by Google

Hat man es mit subakuten und nässenden Ekzemen zu tun, so wendet man zunächst die von KROMAYER angegebene 10%ige Lenigallol-Zinkpaste an, welche in einigen Tagen Ruhigstellung und Überhäutung der nässenden Partien bewirkt. Den Schlufs der Behandlung bildet dann die Anthrasolanwendung.

Ich lasse zum Schlusse die benützten Formeln folgen:

℞ *Anthrasol.*
Lanolini āā 5,0
Ung. glyc. ad 50,0.
S. Anthrasol-Glycerinsalbe.

℞ *Anthrasol.* 3,0
Lenigallol. 5,0
Pasta zinci L. ad 50,0.
S. Lenigallol-Anthrasol-Zinkpaste.

℞ *Anthrasol.*
Sulfuris praec.
Sapon. kalin.
Glycerin. āā 10,0
Vaselin.
Lanolin. āā 15,0.
S. Anthrasol-Wilkinsonsalbe.

℞ *Anthrasol.* 5,0
Talc. venet.
Zinci oxyd. āā ad 100,0.
S. Anthrasolstreupulver.

Literatur.

1. A. SACK und H. VIETH, „Anthrasol", ein gereinigter, farbloser Teer und seine therapeutische Verwendung. *Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 18.
2. H. VIETH, Die dermatologisch wichtigen Bestandteile des Teeres und die Darstellung des Anthrasols. Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion der allgemeinen Naturforscherversammlung, Kassel 1903. *Ther. d. Gegenwart.* 1903. Nr. 12.
3. A. SACK, Weitere Erfahrungen mit dem farblosen Teer Anthrasol. Vortrag, gehalten auf dem VIII. Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Serajevo, 1903. *Allg. med. Zentralztg.* 1903. Nr. 44.
4. MAX SKLAREK, Zur Ekzembehandlung mit dem neuen farblosen Teer Anthrasol. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 25.
5. HUGO GOLDMANN, Die Behandlung gewerblicher Hautaffektionen mit Anthrasol und Anthrasolseifen. *Dtsch. Ärzteztg.* 1904. Nr. 11.
6. VINCENZO MEYER, Der farblose Teer Anthrasol in der Hand des praktischen Arztes. *Dtsch. Praxis, Zeitschr. f. prakt. Ärzte.* 1904. Nr. 17.
7. KARL HERXHEIMER, Über äufserliche Behandlung der Psoriasis. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 5.
8. FRANZ V. KLUCZYCKI, Die Anthrasolseifen in der Dermatotherapie. *Med.-chirurg. Zentralblatt.* März 1904.

Digitized by Google

9. Ludwig Mayer, Die Behandlung des Ekzems mit den neueren und neuesten Mitteln, u. a. auch am eigenen Körper untersucht. *Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 30.
10. E. Kromayer, Fortschritte in der Ekzembehandlung. *Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 3.
11. Wilhelm Meitner, Über Anthrasol und Anthrasolpräparate. *Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.
12. V. Mibelli, Über eine neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum und Anthrasol. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Nr. 3.
13. Walter Schneider, Über Anthrasol als Teerersatz. *Dtsch. Ärzteztg.* 1905. Heft 6.
14. Bruno Domenico, L'Anthrasol in Terapia. *Gazzetta degli Ospedale e delle Cliniche.* 1905. Nr. 28.
15. Ernö Deutsch, Bericht über die Tätigkeit in der Budapester Gratismilchanstalt. *Orvosi Hetilap.* 1904. Nr. 45.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1905. Bd. 74. Heft 2 und 3.

I. **Über „Mëlüng" (Bëtä bei den Dualanegern), eine eigenartige Hautkrankheit der Neger in Westafrika,** von Hans Ziemann. Die Krankheit, welche bei den Negern Westafrikas im Alter von 10—15 Jahren, besonders bei Knaben auftritt, gehört zu den regressiven Ernährungsstörungen der Haut und wurde bisher noch nicht beschrieben. Sie besteht in dem Auftreten von mehr oder weniger rundlichen, ovalen oder auch unregelmäfsig gestalteten, hellgelbrötlichweifsen Flecken an der Beuge- und Streckseite der Hände und Füfse und befällt sonst keine Teile des Körpers. Der vorherrschende Farbengrundton ist ein weifslicher. Die betroffenen Partien sind schmerzlos, jucken nicht und machen keinerlei Beschwerden. Die Sensibilität ist ebenso unverändert wie sämtliche andere Organe des Körpers. Der Prozefs verläuft sehr langsam und erreicht seinen Höhepunkt erst nach 10—20 Jahren, geht aber auch dann nicht weiter als auf Hände und Füfse. Die pigmentlosen Stellen haben keinen Rand und überragen nicht das Niveau der Haut, sie sind leicht glänzend, die Epidermis ist etwas verdünnt. Auch die Härchen in dem befallenen Gebiete verlieren allmählich ihr Pigment, während die Schweifsdrüsen normal bleiben. Es besteht keine Störung des Tast-, Temperatur- und Muskelsinns, ebenso kein Kribbeln. Erbliche Belastung scheint eine Rolle zu spielen, Kontagiosität besteht nicht, Pilze liefsen sich nicht finden. Eine Überimpfung des Blutes jener Stellen auf Meerkatzen verlief negativ. Die Verbreitung innerhalb der einzelnen Negerstämme ist nicht bedeutend, sie kommt bei den sämtlichen Bantustämmen von Nieder-Guinea an der Küste und ebenso in Ober-Guinea und Kamerun vor. Differentialdiagnostisch kommen Brandnarben, Pellagra, Lepra, Vitiligo, Mal de pinto, Scleroderma, Leucoderma psoriaticum in Betracht, ohne sich mit dem Mëlüng zu decken. Da die Therapie bisher gänzlich versagte, so ist die Prognose in bezug auf die Heilung schlecht. Immerhin handelt es sich mehr um einen Schönheitsfehler als um eine eigentliche Krankheit.

Digitized by Google

II. **Zur Ätiologie und Pathogenese der Plaut-Vincentschen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangraenosa idiopathica bezw. der Noma, der Stomatitis mercurialis gangraenosa und der Lungengangrän,** von S. Rona-Budapest. R.s umfangreiche Untersuchungen ergeben etwa folgendes:

1. Die früher unter dem Namen gangränöser, diphtheritischer oder phagedänischer Schanker bekannte Genitalläsion hat mit dem weichen Schanker, Ducreyschem Geschwür, nichts zu tun, sondern bildet eine ganz selbständige, lokal infektiöse Krankheit, welche in ihrem typischen Verlaufe zu ausgedehnter Gangrän führt. Im Krankheitsherde ist an der nekrotischen Oberfläche fast immer ein Spirillum und ein 3—4 μ langer, 0,4 μ dicker Bacillus, in der Tiefe des Gewebes nur letzterer nachweisbar. Aus dem lokalen Infektionsherde gelangen toxische Stoffe ins Blut und rufen allgemeine Intoxikationserscheinungen hervor.

2. Es gibt auch jetzt noch öfters aufser den Genitalerkrankungen anderweitige, auf Aufseninfektion beruhende, nekrotische und gangränöse Formen, welche teils durch ihren klinischen Charakter, am meisten aber durch ihre Bakterienflora sich von jedem anderen Prozesse unterscheiden und der klinischen Erscheinung und histologischen Struktur nach der einen oder anderen Form der von den alten unter den Namen Wunddiphtherie und Hospitalbrand zusammengefafsten Prozesse entsprechen. Der lokale Prozefs ist auch hier derselbe wie bei dem vorherigen, und das mikroskopische Bild der Bakterienflora unterscheidet sich nur dadurch, dafs es sich hier um durchschnittlich etwas gröfsere Bazillen handelt.

3. Die Vincentsche Angina, die Stomatitis ulcerosa, die Stomatitis gangraenosa, die Noma müssen in Anbetracht der Identität der Lokalisation, des klinischen und pathologisch-anatomischen Charakters, der histologischen Struktur und der morphologischen und tinktoriellen Ähnlichkeit der Bakterien heute bereits als ein und derselbe, blofs Intensitäts- und Extensitätsunterschiede zeigende Prozefs betrachtet werden. Dieselben kommen durchweg durch Vermittlung schwächender und lokale Disposition schaffender Einflüsse infolge äufserer Infektion zustande. Bei sämtlichen ist stets ein Spirillum und eine Art von Bazillen (fusiform) an der nekrotischen Oberfläche nachweisbar, in der Tiefe des Gewebes aber nur der letztere Bacillus. Alle anderen Bakterienarten sind blofs Begleiter. Diese fusiformen Bazillen und Spirillen können bei dem jetzigen Stande unseres Wissens absolut nicht von den Bazillen und Spirillen unterschieden werden, welche Vincent als charakteristisch für die Nosokomialgangrän angibt.

4. Die Stomatitis ulcerosa et gangraenosa mercurialis unterscheidet sich von den vorherigen nur darin, dafs wir bestimmt wissen, dafs in diesem Falle die allgemeine Schwäche, die lokale Disposition, die herabgesetzte Vitalität der Gewebe durch den Merkur hervorgerufen wird. Die in sämtlichen Fällen im Geschabe und in sechs Fällen in den Gewebsschnitten gefundenen Bakterien sind bei dem heutigen Stande unseres Wissens einerseits von den bei den obigen drei Gruppen erwähnten, anderseits von den in mangelhaft gepflegter Mundhöhle stets saprophytisch vorkommenden, von Miller bereits 1883 beschriebenen fusiformen Bazillen und Spirochaeten absolut nicht zu unterscheiden.

5. Die klinische, pathologisch-anatomische und bakteriologische Ähnlichkeit aller dieser Prozesse läfst unwillkürlich an eine einheitliche Ätiologie und Pathogenese denken; da aber die Identität und die Pathogenität dieser Bakterien, wie auch deren ätiologischer Zusammenhang mit den bezeichneten Prozessen noch durch Kultur- und Tierversuche zu beweisen ist, so können wir über die obigen Schlüsse nicht hinausgehen.

6. Wenn die Erhärtung der Pathogenität dieser Bakterien gelänge, so läge nichts näher als die Annahme, dafs in die erwähnten Mundaffektionen (Angina Vincenti,

Digitized by Google

Stomakace, Noma, Stomatitis ulcerosa et gangraenosa mercurialis) wie auch in die von der Mundhöhle entfernten Affektionen (Nosokomialgangrän, Wunddiphtherie) diese in der Mundhöhle saprophytisch vegetierende Bakterie mit dem Speichel gelangt, wenn man die letztere betreffend die schlechte Gewohnheit der unteren Volksschichten, dafs diese jede Wunde gern mit Speichel benetzen, vor Augen hält. Auch auf die Genitalien (Ulcus gangrän.-phagadän. penis), wenn nur auch dort nicht eine verwandte Art saprophytisch lebt, dürften die obengenannten Bakterien durch den Speichel gelangen, da ja die Prostituierten sowohl ihre eigenen Genitalien wie auch die der Männer vor dem Akt mit Speichel zu benetzen pflegen.

III. **Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum disseminatum,** von J. Felländer-Stockholm. F. beobachtete in Magnus Möllers Abteilung ein 42jähriges Dienstmädchen mit Adenoma sebaceum disseminatum, welches schon in der Jugend entstanden war und nun sich sehr verstärkt hat. Der Ausschlag im Gesicht besteht aus zahlreichen, dicht sitzenden, bis hanfkorngrofsen, halbsphärischen Knötchen von fester Konsistenz und blafsgelb bis rötlicher Farbe. Die Oberfläche ist glatt, teilweise bestehen Krusten. Nirgends sind an den Knötchen Talgdrüsenausführungsgänge zu sehen. Betroffen sind Nase und Wangen und auch etwas Oberlippe, Kinn, Ohr, Hals und Rücken. Am Hals sind aufserdem mehrere kleine schlaffe Fibromata mollusca, im Angulus epigastricus etwas rechts von der Mittellinie ein 4,5×2 cm grofser brauner Naevus, besetzt mit Härchen und einzelnen Knötchen. An der rechten grofsen Zehe sitzt ein kleiner fester gestielter Tumor, ebenso einer am Ringfinger der linken Hand. Die Behandlung bestand in Galvanokaustik mit gutem Resultat. Mikroskopische Untersuchung der Hautstücke aus den Wangen ergibt, dafs das eigentliche Knötchen hauptsächlich aus hyperplastischem, zellreichem, von zahlreichen dilatierten Gefäfsen durchsetztem Bindegewebe gebildet ist, während die Vergröfserung der Drüsen, die nur in der Umgebung des Knötchens vorkommen, erst in zweiter Linie in Betracht kommt. Und aufserdem kommt hier hinzu, dafs nicht nur die Talgdrüsen vergröfsert sind, sondern auch die Schweifsdrüsen eine bedeutende Hyperplasie und Dilatation zeigen. Es erscheint also, als ob das klinische Bild von Adenoma sebaceum disseminatum durch Proliferation der verschiedenen Gewebe oder Organe der Haut in den verschiedensten Kombinationen entstehen kann.

IV. **Die glatte Muskulatur in den senilen und präsenilen Atrophien der Haut,** von Carlo Vignoli-Lutati-Bologna. Verfasser untersuchte Hautstücke von dem Scrotum eines 87jährigen syphilitischen Mannes und ebenso die gesunde Scrotumhaut eines Kindes von elf Monaten, eines von acht Jahren und eines Mannes von 45 Jahren als Gegenprobe. Auch die Scrotumhaut eines an Purpura tabetica leidenden 74jährigen Mannes, eines 40jährigen, der an Aktynomykosis starb, und die Armhaut einer an Mykosis fungoides gestorbenen 62jährigen Frau untersuchte V. Bezüglich der Pathologie der glatten Muskulatur ergab sich folgendes: Die glatte Muskulatur nimmt immer an den senilen und präsenilen Veränderungen der Haut teil. Der Atrophieprozefs, der die senilen und präsenilen Degenerationen charakterisiert, ist derselbe Prozefs, der wirklich die glatte Muskulatur der Haut befällt, diese Atrophie ist durch Degeneration bedingt. In der glatten Muskulatur finden wir bei den senilen und präsenilen Atrophien der Haut die granulöse Trübung und die hyaline Degeneration der Fasern. Die Faserkerne sind im atrophischen Degenerationsprozesse charakteristisch deform (spiralförmige Kerne) und befinden sich in Chromatolysis. Diese nukleäre Deformität bezeichnet nur ein die protoplasmatische Repression der Fasern begleitender Regressionsprozefs. Die Veränderungen der glatten Muskulatur im Vereine mit jenen des elastischen Gewebes erklären die vitalen Tatsachen der verlorenen Elastizität der Haut und das fehlende physiologische Phänomen der sog.

Digitized by Google

Chagrinhaut oder Hühner(Gänse?)-Haut. Die Degenerationsatrophieerscheinungen im glatten Muskelgewebe sind nicht ein spezieller Ausdruck der senilen Kachexie, sondern sie können in allen jenen Kachexieprozessen vorkommen, welche, auch auf die Haut zurückgeführt, als Resultat einer frühzeitigen Senilität (präsenile Veränderungen) erachtet werden können.

V. **Zur Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie,** von Julius Baum-Berlin. (Schlufs.) Bei einer eventuellen therapeutischen Verwendung kommt es darauf an, die Wirkung der Substanz nicht einmal hervorzurufen, sondern entweder eine Dauerwirkung zu erreichen, durch länger dauernde Applikation des Mittels, oder nach Ablauf der einmaligen Wirkung (zwei bis vier Stunden) dieselbe durch erneute Applikation wieder hervorzurufen; sie wirkt stark anästhesierend, bei einmaliger Applikation von Nebennierensubstanz folgt der Anämie annähernd ein normaler Zustand, bei wiederholter Bepinselung normaler Haut mit Adrenalin kehrt die Anämie nicht in den normalen Zustand zurück, sondern bleibt eine Zeitlang in einem Zustand von Gefäfserschlaffung, d. h. nur wenn kurz hintereinander die Pinselungen erfolgen. Die Wirkung auf die Schleimhäute ist am stärksten anämisierend auf Nase und Conjunctiva, am schwächsten auf die Zunge und die Vagina. Bei akuten Entzündungen mit Schwellungszuständen wirkt die Nebennierensubstanz gut. Die gefäfserregende Wirkung der Substanz hat eine gewisse Intaktheit der Gefäfse zur Voraussetzung, bei gewissen Schädigungen verengern sich die Gefäfse wenig oder gar nicht und erweitern sich nachträglich stark. Aktiv und passiv hyperämische Haut ohne Entzündung reagiert auf Adrenalin wie normale Haut. Bei Leuten mit Urticaria factitia, bei denen man das Reizphänomen hervorgerufen, tritt nach Bepinselung mit Adrenalin Anämie und Gänsehautbildung ein; reizt man vorher nicht, so bleibt Anämie bestehen. Das Adrenalin ruft bei Stauungsverhältnissen keine Anämie hervor, die unter hohem Druck befindlichen venös hyperämischen Gefäfse können nicht zur vollständigen Anämie gebracht werden, auch eine lebhafte Kongestionshyperämie kann die Nebennierensubstanzanämie nicht überwinden. Die Einwirkung auf Keloide, chronisch hyperämische Narben, Rosacea, Naevi vascular. und Teleangiektasien ist folgende, es tritt eine Erblassung ein, aber aus derselben heben sich die erweiterten Gefäfse deutlich hervor. Von den makroskopisch erkennbaren Gefäfsen werden die kleinsten nach längerer Zeit auch blutleer, die gröfseren nicht. Bringt man Adrenalin auf einen schon bestehenden Entzündungsherd, so tritt keine Veränderung in der bestehenden entzündlichen Stase ein, setzt man auf einer unter Adrenalinwirkung stehenden Schwimmhaut den Entzündungsreiz, so beginnt die Entzündung später, aber ebenso stark. Bei akuter Dermatitis mit Rötung ohne Nässen setzt Adrenalin die im Entstehen begriffene Exsudation herab oder verhindert sie ganz. Es erscheint möglich, dafs man bei ganz akuten, jedoch nicht zu hochgradigen Entzündungsreizen die Reaktion des Organismus auf diesen Reiz in Form einer starken Exsudation direkt unterdrücken kann, anderseits scheint bei nekrotisierenden Entzündungen wohl die Entzündungserscheinung zunächst hinausgeschoben zu werden, während der nachträglich entstehende nekrotische Herd eher gröfser ist als ohne Adrenalinbehandlung. Bei akutem Quecksilbererythem trat nach einer Minute Anämie ein, der jedoch nach einer Stunde eine cyanotische Verfärbung folgte. Auch nach Ablauf eines Erythems reagiert die Haut nicht wie eine gesunde, dasselbe findet man bei frischen Psoriasisplaques. Die psoriatischen Effloreszenzen haben manchmal von dem Moment der Bepinselung bis zum nächsten Tage keine Psoriasisschuppe gebildet, während es die ungepinselten taten. Je älter ein Entzündungsherd und je destruktiver der Prozefs, desto weniger eklatant ist die Wirkung der Substanz. Kurz kann man zusammenfassend über die Wirkung des Adrenalin auf erkranktes Gewebe sagen:

die Substanz wirkt auch auf krankes Gewebe anämsierend, jedoch folgt der Anämie stets die ursprüngliche Hyperämie oder Cyanose. Diese Eigenschaften lassen sich praktisch nicht zur Diagnostik verwenden, und auch leider haben sich die Erfolge bei der Hauttherapie nicht bewährt, nur die vorübergehende anämisierende Wirkung ist benutzbar in Kombination mit anderen Hilfsmitteln, z. B. bei der Behandlung der Rosacea, Naevi, Lupus, Strikturen und chirurgischen Eingriffen. Innerlich wirkte Adrenalin bisweilen günstig bei Urticaria.

VI. **Über cutane Darreichung von Jodpräparaten,** von B. Lipschütz-Wien. L. berichtet über die Versuche, welche er auf Fingers Klinik mit der cutanen Anwendung des Jothions gemacht hat. Es ist ihm gelungen, festzustellen, daſs es ausschlieſslich von der Haut, und zwar bei Anwendung sehr geringer Mengen, wie dieses bei anderen Jodpräparaten nicht bekannt ist, absorbiert wird, daſs die Absorption rasch erfolgt und ferner, daſs auch die Ausscheidung aus dem Organismus sich schnell vollzieht. Seine ferneren Versuche beziehen sich auf Jodtinktur und Jodkaliumsalben. In Berücksichtigung dieser Jodpräparate lassen sich folgende Faktoren, von denen der Nachweis der erfolgten Hautabsorption stets abhängig erscheint, anführen: 1. Die Löslichkeit oder Mischbarkeit des auf die Haut applizierten Stoffes mit den „Hautfetten" ist Vorbedingung für die Aufnahme desselben von der normalen Haut des Menschen. 2. Die Hautabsorption hängt sowohl von der Quantität der applizierten Substanzen als auch 3. von der Einwirkungszeit und 4. von der Gröſse der verwendeten Hautfläche ab. 5. Das Vehikel spielt eine Rolle insofern, als durch Änderung desselben eine sonst absorbierbare Substanz von der Haut nicht mehr aufgenommen wird. 6. Daſs die Flüchtigkeit eines in Lösung oder in Salbenform auf die Haut applizierten Stoffes für die Absorption maſsgebend sei, ist bis jetzt nicht bewiesen. 7. Das mechanische Moment ist bei der Absorption der normalen Haut von keiner Bedeutung. Durch Reiben und Massage können leicht zu übersehende Kontinuitätstrennungen der Epidermis und direktes Hineinpressen in die Ausführungsgänge der Haarbälge und Talgdrüsen veranlaſst werden. Daher ist bei Versuchen nur einfaches Auflegen auf die Haut gestattet.

Der zweite Teil der Arbeit behandelt die therapeutischen Versuche mit Jothion, die sehr befriedigten, wie die beigefügten Krankenberichte zeigen. Das Urteil über das Jothion läſst sich in wenigen Sätzen zusammenfassen, besonders in seiner Stellung zu den anderen Jodpräparaten. Die interne Darreichung der Jodpräparate ist zweifellos die bequemste und wird daher diese durch Jothion nicht verdrängt werden; die cutane Jothionanwendung, sei es in Form von Pinselungen oder in Form einer Einreibungskur mit Jothionsalben, wird aber einen bequemen Weg zur Einverleibung von Jod in all jenen Fällen bieten, in welchen Jodpräparate per os gereicht nicht vertragen werden, und ferner in solchen, in welchen die innere Darreichung wegen bestehender Schluckbewegungen oder wegen Sopor (bei luetischer Meningitis) auf Schwierigkeiten stöſst. Ebenso wird sich dieses Jodpräparat überall dort mit Vorteil anwenden lassen, wo eine lokale Jodwirkung an der Applikationsstelle erzielt werden soll, da das Jothion vor allen anderen Jodpräparaten den Vorzug, sehr rasch und in geringen Mengen absorbiert zu werden, besitzt. Ist aber eine auf Monate protrahierte, langsame Jodwirkung erwünscht, so wird man vom Jothion Abstand nehmen und etwa Jodipin anwenden müssen. Die nicht leichte Auswahl zwischen den zahlreichen neuen Jodpräparaten soll eben nicht nur auf Grund der Empfehlung des einen oder anderen Autors, sondern auch nach den vorliegenden Verhältnissen des einzelnen Falles erfolgen.

VII. **Das Jothion, ein neues Jodpräparat zur perkutanen Applikation,** von Carlo Ravasini und Ugo Hirsch-Triest. Auch diese Autoren halten auf Grund

Digitized by Google

ihrer Erfahrungen das Jothion für ein ausgezeichnetes Mittel, um Jod in bequemster Weise perkutan in den Organismus einzuführen, und berichten über ihre guten Resultate.

VIII. **Jothion, ein perkutan anzuwendendes Jodpräparat,** von G. Wesenberg. Das Urteil des Verfassers lautet kurz: Das Jothion besitzt ein gutes Durchdringungsvermögen für die Haut, infolgedessen es rasch und reichlich vom Körper aufgenommen wird. Infolge seiner leichten Spaltbarkeit durch den Alkaliumgehalt der Lymphe und des Blutes wird es rasch in Jodnatrium übergeführt und als solches im Harn und Speichel ausgeschieden. Da bei dieser Jodapplikation der Magendarmkanal so gut wie völlig ausgeschieden ist, werden Verstimmungen in dieser Beziehung nur selten und in geringem Grade beobachtet. Das unveränderte Jothion besitzt sowohl gegenüber den als Eitererregern usw. in Betracht kommenden Bakterien, als auch gegenüber den verschiedenen Fadenpilzen, welche als die Ursachen der verschiedenen Haut- und Haarerkrankungen bekannt sind, eine starke Desinfektionswirkung und selbst in beträchtlichen Verdünnungen noch entwicklungshemmende Eigenschaften.

Bd. 75. Heft 1.

I. **Refraktometrische Untersuchungen exsudativer Dermatosen,** von K. Kreibich und R. Polland - Graz. Auf Grund anatomischer Untersuchungen kamen Verfasser zu dem Schlusse, dafs sich kolliquate Blasen bei Prozessen finden, welche der Urticaria verwandt sind, sich aber von dieser durch andauernde Gefäfsläsion und durch ihren Sitz im Papillarkörper unterscheiden. Die Kolliquation der Epithelien entsteht durch Einwirkung eines fibrinogenreichen Exsudates auf Epithelzellen, die in ihrer Ernährung gelitten haben, aber längere Zeit mit der Cutis in Verbindung bleiben. Die Ernährungsstörung ist eine kombinierte Folge der Gefäfsläsion, des Exsudatsdruckes und der daraus folgenden Anämie. Sie kamen zu diesem Schlufs, weil sie auch bei Brennesselquaddeln kolliquative Blasen nach Art der Blasen von Herpes zoster, Herpes febrilis, Hydroa vacciniforme, Vaccine und Variola beobachteten, und weil ihnen der vollkommen gleiche, dickflüssige, fadenziehende, leicht gerinnbare Inhalt dieser Blasen einerseits und der aus Urticariaquaddeln exprimierten Flüssigkeit anderseits auffiel. Sie bezogen diese Beschaffenheit auf hohen Eiweifsgehalt und auf Reichtum an Fibringeneratoren, welch letzteren sie auch aus dem ausgeschiedenen Fibrin im Gewebe dieser Prozesse erschlossen; diese Vermutung zu beweisen, glauben Verfasser durch Untersuchungen mit dem Zeisslschen Refraktometer erreicht zu haben. Die Untersuchungen erstreckten sich auf eine Reihe von exsudativen Prozessen, sie stellen fest, dafs die Quaddel nicht als echte Hautentzündung aufzufassen ist, sondern ein durch nervöse Beeinflussung der Gefäfswand bedingtes angioneurotisches Ödem ist. Auch die Vermutung, dafs kolliquative Blasen bei Prozessen entstehen, welche der Urticaria verwandt sind, findet ihre Bestätigung in der refraktometrischen Untersuchung des Blaseninhaltes bei diesen Prozessen, z. B. bei Herpes zoster und neurotischer Hautgangrän.

II. **Pili moniliformes,** von Fr. Bering - Kiel. Verfasser beschreibt einen Fall von typischer Keratosis follicularis und moniliformen Haaren, wie sie ja in dem Zusammenhange schon oft beobachtet wurden. An einem exzidierten Hautstückchen konnte B. die charakteristischen Veränderungen der Keratosis pilaris feststellen und gleichzeitig auch auf die eigentümlichen Bilder der Haare innerhalb der Follikel aufmerksam machen, wie sie sich nach aufsen ,durchzukrümmen und zu winden suchen, wie ihnen aber infolge der überlagernden Hornmassen ihre Austrittsstelle verschlossen bleibt und an anderen Stellen doch sehr erschwert wird; durch den Widerstand von oben her wird auf die gleichmäfsig nach oben wachsenden Haare ein Druck ausgeübt. Das Haar, sich entwickelnd, steht also unter einem gleichmäfsigen Druck von oben

Digitized by Google

und von unten. Die natürlichste Folge sind die in regelmäfsigen Abständen auftretenden knotenförmigen Verdickungen. Und die Haare, welche trotzdem durch die Hornschicht durchdringen, sind infolge der Verstopfung des Ausführungsganges denselben Insulten ausgesetzt gewesen.

III. **Beitrag zum Studium der branchiogenen Neubildungen,** von Davide Fischi-Bologna. Ein 16jähriges Mädchen wurde an einem Tumor der Schulter operiert, welcher im Verlauf von zwei Jahren von einem Knötchen bis Nufsgröfse gewachsen war, und der sich histologisch als recht interessant entpuppte. Es wurden Epithelstränge von epidermalem Typus beobachtet, die sich ordnungslos verflochten. In denselben fehlte die Kariokinese, die endothelialen Riesenzellen zerstören durch Phagocytose die Epithelstränge, diese Riesenzellen werden allmählich schwächer und verschwinden. An der Zerstörungsstelle sind sie weder von gleichwertigen noch neugebildeten Elementen des zerstörten Epithelgewebes ersetzt, sondern vom gewöhnlichen Bindegewebe, welches je älter, desto geschichteter wird. Die ganze histologische Untersuchung, welche sehr genau angestellt wurde, zeigte, dafs eine drüsige Abstammung des Tumors ausgeschlossen ist, ebenso handelt es sich nicht um eine Dermoidcyste. Es handelt sich vielmehr um ein Epidermoid von nicht gewöhnlicher Struktur oder um einen seltenen Fall von Riemeninklusion sehr leichter Art und beschränkt auf die umschriebene Produktion von Cutis in der subcutanen Schicht, ohne Knorpel oder ein anderes Element, das in den branchiogenen Neubildungen gewöhnlich vorkommt, zu besitzen.

IV. **Über nicht blennorrhoische Urethritis,** von Siegfried Gross. Verfasser sah zehn solche Fälle, und zwar nur solche, welche anamnestisch und klinisch stets gonokokkenfrei waren. Die klinische Scheidung in akute, rasch verlaufende und chronische, protrahiert verlaufende Fälle ist gegeben. Es ist auch experimentell erwiesen, dafs die Urethra auf Einbringung von Bakterienformen wie Coli, B. pyocyaneus, Staphylococcus mit akut entzündlichen Erscheinungen reagiert, dafs die solcher Art eingebrachten Bakterien die normale Urethraflora unterdrücken und dafs diese entzündlichen Erscheinungen in kurzer Zeit wieder abklingen. Den Fällen von Streptokokkenurethritis, Coliurethritis, die akut ablaufen, ist die Pseudodiphtherieurethritis als ein Paradigma der chronischen Form anzureihen.

V. **Über eine an der Brust lokalisierte bemerkenswerte Naevusform,** von A. Buschke-Berlin. Als Nebenbefund fand B. bei drei Patienten einen Naevus an der Brust, welcher durch seine in allen drei Fällen homologe klinische Form und sein, wenn auch in Einzelheiten differierendes, im wesentlichen doch in bezug auf Lokalisation und Wachstumsrichtung einheitliches Gepräge etwas Typisches zu haben scheint. Es handelt sich bei allen um einen glatten Naevus pigmentosus; bei dem einen Fall findet sich aufserdem noch eine abnorme Behaarung in einem Teil des Naevus; bei dem zweiten ist eine noch gröfsere Ausdehnung vorhanden, und es handelt sich bei diesem und dem ersten Fall anscheinend gleichzeitig um einen Naevus pigmentosus und vasculosus. Das Gleichartige in allen Fällen ist, dafs jedesmal ein glatter Naevus pigmentosus sich findet in gleicher Lokalisation und Wachstumsrichtung, was den Eindruck des Gesetzmäfsigen hervorruft.

VI. **Über Erythema induratum (Bazin),** von Franz Hirsch-Frankfurt a. M. Aus Herxheimers Abteilung beschreibt Verfasser einen Fall obiger Krankheit bei einer 16jährigen Schneiderin, welcher im ganzen den Angaben Bazins entspricht. Lokalisiert waren die Knoten gröfstenteils auf der Vorder- und Hinterseite der Unterschenkel, einzelne Knoten waren ulceriert, wie es zwar Bazin nicht angibt, wie es aber schon von anderen verschiedentlich auch beobachtet wurde. Auch die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Es handelt sich um ziemlich frische

Digitized by Google

Infiltrate in der Cutis und Subcutis, in geringerem Maſse auch bis zum Epithel vordringend und da vor allem den Gefäſsen folgend, bestehend aus meist einkernigen Leukocyten, zahlreichen Mastzellen und mäſsig zahlreichen neugebildeten Gefäſsen, zum Teil mehr diffus, zum Teil mehr circumskript. Dazwischen einige epitheloide und wenige zersprengte Riesenzellen. Nirgends typische Tuberkel mit Nekrose. Das Bindegewebe ist gröſstenteils erhalten und nur an vielen Stellen auseinandergedrängt; neugebildetes Bindegewebe ist in geringer Menge ohne besondere Anordnung konstatierbar. Die elastischen Fasern fehlen bis auf Spuren in den Infiltrationsherden, sind aber im übrigen wohl erhalten und unverändert. Es wird dadurch klar, daſs der Prozeſs nicht von auſsen eingedrungen ist, sondern in den tieferen Cutisschichten begonnen hat. Die Diagnose ist gesichert, aber es ist nicht zu bestimmen, ob es sich im vorliegenden Falle um eine tuberkulöse Erkrankung handelt, wenn es auch nicht an Verdachtsmomenten fehlt. Im Anschluſs berichtet Verfasser noch über weitere Fälle von Erythema induratum Bazin aus Herxheimers Praxis und einen Fall aus der Praxis des Herrn Dr. Th. Sachs. In allen handelt es sich um weibliche Personen, die viel stehen müssen, bei einigen ist Tuberkulose in der Familie. (Fortsetzung folgt.)

VII. **Zur Kenntnis der Urticaria xanthelasmoidea**, von G. Nobl-Wien. Ein Fall, der alle klassischen Attribute des Krankheitsprozesses im Sinne Tilbury Fox und Unna an sich trägt, wird von Nobl beschrieben, und zwar handelt es sich um einen 2½jährigen Knaben, dessen Krankengeschichte ausführlich angegeben wird. (Fortsetzung folgt.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band VIII. Heft 6. März 1905.

I. **Über Behandlung der Frostbeulen**, von Max Joseph-Berlin und H. Vieth-Ludwigshafen. Für manche Fälle von Frostbeulen empfiehlt sich die Anwendung des von Binz empfohlenen Chlorcalcium 1,0, Ung. Paraffin 9,0, in anderen Fällen auch die Salzwedelschen Alkoholverbände sowie Epicarin. Besser wirkt das Resorcin, welches seit langer Zeit in der medikamentösen Behandlung der Perniones einen guten Ruf genieſst. Seine Wirkung äuſsert sich in der Verengerung der Gefäſse sowie in einer Kräftigung und Härtung der Epidermis, die dann ihrerseits wieder einen mechanischen Druck auf das Unterhautzellgewebe ausübt und dadurch mit zur Beseitigung der Hyperämie beiträgt. In verstärkter Weise noch wirkt das Monoacetylderivat des Resorcins, Euresol, es ist nicht eine kristallinische Substanz, sondern von flüssiger Beschaffenheit und dringt infolgedessen leichter in die Haut ein, so daſs es eine gröſsere Tiefenwirkung entfalten kann. Zweckmäſsige Anwendungsformeln sind folgende: Euresol, Eucalyptol, Ol. therebinth. āā 2,0 Collodii ad 20 oder noch besser Euresolfrostseife nach der Vorschrift Euresol, Eucalyptol, Ol. therebinth., Lanolin āā 2,0 Sapo ungum 20,0. Diese wird am besten in Tuben verordnet, beim Verreiben auf der Haut trocknet sie leicht ein und dunkelt allmählich etwas nach, ohne daſs sie dadurch wertloser wird. Bei einer groſsen Zahl von Patienten bewährte sich die Euresolfrostseife tadellos.

II. **Zur Kasuistik der Carcinombildung auf Lupus erythematosus**, von Fritz Michelsen-Danzig. Den Fällen von Holländer, Kanitz, Kreibich, Lassar usw. fügt M. einen neuen hinzu. Es handelt sich um eine mittelgroſse, 65jährige Frau. Die erkrankte Hautpartie, deren augenfälligstes Merkmal eine glatte, narbenartige Atrophie bildet, erstreckt sich von der Nasenwurzel über den Nasenrücken. Dabei zieht sie den linken Nasenflügel vollständig in ihren Bereich, ebenso die angrenzen-

den Partien der Wangen und der linken unteren Augenlider. Die Haut ist hier atrophisch, glatt, bläulich verfärbt, die Blutgefäfse der Haut schimmern durch. Der Rand der ganzen Gegend verläuft in der Art von Kreisabschnitten und ist etwas verdickt, so dafs zwischen ihm und der glatten, tiefer liegenden Atrophie eine deutliche Niveaudifferenz besteht. Dasselbe ist völlig gleichmäfsig, ohne eine Spur von Knötchen, die sich auch durch Glasdruck nicht nachweisen lassen. In der Mitte des erkrankten Abschnittes sind einige Borken vorhanden. Im Winkel zwischen linkem unteren Augenlid und Nase befindet sich ein bohnengrofses Ulcus, mit braunem Schorf bedeckt, ein ähnliches, etwas tiefer greifendes, etwa markstückgrofses Geschwür am linken Nasenflügel. Der linke Nasenflügel ist übrigens narbig so stark verkürzt, dafs das Nasenloch ganz nach der Seite und etwas nach oben gerichtet ist. Drüsen nicht geschwollen. Nach Entfernung der Schorfe präsentieren sich die Geschwüre einige Tage später als nicht sehr tief greifende Defekte mit geringer bräunlicher Sekretion. Daneben sind aber infolge gleichzeitiger Entfernung der mitten auf dem narbigen Territorium sitzenden Borken einige kleinere, flache Geschwürchen sichtbar geworden. Die Diagnose Lupus erythematosus mit sekundärer Carcinombildung war zweifellos, und zwar handelt es sich um ein Ulcus rodens. Die Prognose ist im vorliegenden Falle nicht schlecht, es empfahl sich eine Behandlung mit Radium zum Versuch, jedoch war das Resultat negativ, so dafs zu anderen Methoden geschritten werden mufs.

Band VIII. Heft 7. April 1905.

I. **Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Crurin,** von Max Joseph-Berlin. J. berichtet über die Resultate, welche neben ihm auch andere Ärzte mit dem Crurin in Verbindung mit Amylum als Streupulver bei Unterschenkelgeschwüren erzielt haben, und die ebenso ermutigend sind wie die Josephs und seiner Schüler. Besonders seine styptische, granulationfördernde und bakterizide Wirkung machen das Crurin zu einem durchaus brauchbaren Heilmittel, welches sich auch bei Impetigo bewährt.

II. **Über Vasenol,** von Lengefeld-Berlin. L. berichtet über die Wirkungen des Vasenol, welches in Josephs Poliklinik vielfach versucht wurde. Sein Urteil lautet, dafs das Vasenol und das Vasenol liquidum teilweise günstige Heilerfolge zeigten, in einer gröfseren Anzahl Fälle jedoch nicht wirkten oder vereinzelt auch Verschlechterungen hervorriefen. Dafs ihnen irgendeine besondere therapeutische Wirksamkeit innewohnt, konnte nicht beobachtet werden. Doch empfiehlt sich immerhin seine Anwendung bei akuten, nicht nässenden Dermatitiden. Das Vasenolpulver bewährte sich bei der Puderbehandlung. Die Hauptanwendungsweise des Vasenols und seiner Präparate liegt in ihrer Verbindung mit anderen Medikamenten. Hierfür sprechen auch besonders die mit Vasenol. mercur.- und Vasenol hydrargyr. salicyl.-Emulsionen gemachten Erfahrungen, Präparaten, die in jeder Beziehung zu empfehlen sind.

Band VIII. Heft 8. Mai 1905.

I. **Ein Fall von Herpes zoster facialis bilateralis,** von Jos. Kraus-Berlin. Bei den verhältnismäfsig seltenen Beobachtungen eines doppelseitigen Herpes zoster, besonders im Gesicht, ist jeder weitere Fall von gewissem Wert. Aus diesem Grunde hat auch vorliegender Fall aus Josephs Poliklinik Interesse. Es handelt sich um einen 30jährigen Mann, bei dem ohne Prodromalerscheinungen akut gruppenweise Bläschen um den Mund herum auftraten mit wasserhellem, sich allmählich trübendem Inhalte, genau dem Verlaufe der Nervenfasern, dem zweiten und dritten Aste des Trigeminus entsprechend, folgend. Die benachbarten Drüsen waren deutlich geschwollen, es bestanden trophoneurotische Störungen der Mundschleimhaut, mäfsig

Digitized by Google

brennende, ziehende Schmerzen. Nach 14 Tagen erfolgte eine völlige restitutio ad integrum mit allmählicher Rückbildung der Pigmentation. Die Diagnose Herpes zoster facialis bilateralis war nicht zweifelhaft.

II. **Über Sapolan**, von ZAKRZEWSKI-Posen. Wenngleich nach den Erfahrungen des Verfassers das Sapolan keine wirkliche Bereicherung unseres Arzneischatzes bedeutet, so ist doch hervorzuheben, dafs in manchen Fällen von chronischem Ekzem, vor allem von Lichen chronicus simplex, recht gute Heileffekte erreicht wurden; ebenso ist ein Fall von Lichen ruber planus, bei dem sich Sapolan bewährte, indem es sofort den Juckreiz nahm, beachtenswert, wie überhaupt der Juckreiz unter Sapolananwendung überraschend schnell schwindet.

III. **Anzeigen und Heilwert der Prostatektomie**, von GOLDBERG-Köln-Wildungen. Verfasser gibt ein gutes Übersichtsreferat über den Wert der Prostatektomie und deren Indikation. Der Heilwert der partiellen Prostatektomie ist problematisch, Mifserfolge sind häufig. Die Letalität ist 12%. Die totale perineale Prostatektomie hat eine Sterblichkeit von 10%. Die Operation dauert 1/4 bis 1 1/2 Stunden, die Entkapselung ist verschieden schwer. Von 44 Todesfällen kamen auf präexistente Kachexie 26, auf akute Infektion 7, auf Lungenembolie 4, auf Pyelonephritis 3, auf Hämorrhagie 2, auf Chloroformtod und Mastdarmfistel je 1. Man mufs nun gegenüber der auf etwa 1/10 zu veranschlagenden Letalität auf der einen Seite die fast sichere Heilung der Retention und der auf die Harnblase beschränkten Infektion durch die Prostatektomie in die Wagschale werfen, auf der anderen Seite die Komplikationen bei den Überlebenden, die auch noch im ganzen 10—20% derselben zu Halbgeheilten macht. Die als Todesursachen bezeichneten Zufälle, welche nicht immer tödlich verlaufen, besonders Pneumonie und Embolie, die Orchiepididymitis, Fisteln, Inkontinenz, Impotenz, Strikturen. Erschwerte Defäkation ist selten. Der Heilwert der suprapubischen Prostatektomie übertrifft den der perinealen, weil Fisteln, Inkontinenz, Impotenz leichter vermeidbar sind und die Heilungsdauer eine kürzere ist. Die Gefahr der Operation ist jedoch gröfser; von den 31 Todesfällen auf 164 Operationen entfielen 5 auf die ersten Stunden, 5 auf die erste Woche, 5 auf die drei ersten Wochen, 4 Embolien, 3 Beckenbindegewebsentzündungen, 1 Pyelonephritis, 1 Urämie, 1 Pneumonie endeten tödlich. An Komplikationen kamen Hämorrhagien, Beckenabscesse, Steine, Nahtaufbruch, Strikturen, Pneumonien zur Beobachtung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Annales des Laboratoires Clin (Paris Clino Co., F. Comaro fils & Co.).
Jahrgang I, Heft 4. September 1904.

I. **Über Hydrargyrum sacyliarsenicosum (Enésol)**, von COIGNET. Das Enésol ist ein Salz, welches eine Verbindung von Quecksilber und Arsen darstellt. Es wird hergestellt, indem man ein Molekül von Methylarseniksäure auf ein Molekül Hydrargyrum salicylatum basicum einwirken läfst; dadurch entsteht Hydrargyrum salicylarsenicosum. Es ist ein amorphes, weifses, in Wasser lösliches Pulver, leicht sterilisierbar und macht keine Reaktionen; es enthält 38,46% Merkur und 14,4% metallisches Arsen. Trotzdem ist es nicht toxisch und von starker Heilkraft. Die Elimination durch den Urin beginnt bald und ist schon nach zwei Stunden sehr stark, um sich nach 24 Stunden allmählich abzuschwächen. Verfasser verwandte bei seinen Versuchen eine Lösung von 0,03 in Wasser, er machte bisher 800 Injektionen mit einer Metallspritze. Die Patienten empfanden wenig oder gar keine Schmerzen. Zu einer erfolgreichen Kur wurden durscschnittlich 20—30 Spritzen gebraucht. Das Resultat der Versuche lautet: Das Enésol ist ein neues lösliches Salz, in welchem sich Queck-

Digitized by Google

silber und Arsen in einem latenten dissimilierten Zustande befinden, ohne toxisch zu wirken. Es kann in verhältnismäſsig hohen Dosen verwandt werden. Sein Vorteil besteht in der Schmerzlosigkeit der Injektionen und der therapeutischen Wirksamkeit, welche den sonstigen bewährten Mitteln gleichkommt, ja sie übertrifft, indem es der spezifischen Wirkung des Merkurs noch die kräftigende des Arsens zur Seite stellt.

II. **Bemerkungen über das Enésol**, von A. Breton - Dijon. Das Urteil B.s lautet: Das Salz kann ohne Gefahr der Intoxikation in hohen Dosen angewendet werden; es ist leicht löslich und bequem für Injektionen, welche subcutan oder besser intramuskulär zu machen sind und wegen ihrer Schmerzlosigkeit gut von den Patienten vertragen werden. Man kann täglich injizieren oder seltener, je nach der Empfindlichkeit der Patienten und der Heftigkeit der Krankheit. Die Heilerfolge sind gut.

III. **Über Kampfermonobromalium**, von Clin. Dermatologisch interessiert es, daſs der Bromkampfer sich bewährte bei Blasenstörungen, Tenesmus der Blase, neuralgischen Cystitiden und Priapismus, auch schmerzhafte Erektionen bei Blennorrhoe, Spermatorrhoe und nächtliche Pollutionen sollen gemildert werden.

Jahrgang I, Heft 5, und Jahrgang II, Heft 1.

Die beiden Hefte beschäftigen sich mit der therapeutischen Anwendung des organischen Arsens oder des sogenannten **Arrhenique**. Zuerst wird die chemische Zusammensetzung und Herstellung, dann die physiologische Wirkung des Arsens im allgemeinen, die Toxicität, die Einwirkung auf den Verdauungsapparat, die Ernährung, die Atmungsorgane, Blut, Nervensystem besprochen, sowie die Eliminierung der Arsensäure und der Fixation und Lokalisation des organischen Arsens. Dann folgt ein groſser Abschnitt über den therapeutischen Wert, besonders auch der Kakodylsäure bei Tuberkulose, Anämie, Neurasthenie, Diabetes, Dermatosen, Chorea. Das Resultat der ganzen Versuche in bezug auf die Therapie lautet: Die Art der Wirkung der organischen Zusammensetzung des latenten und assimilierten Arsens ist verschieden von der der mineralischen dieses Metalls. Das Arrhenique bewirkt eine tiefe Änderung im allgemeinen Metabolismus im pathologischen Zustande; es vermehrt die Zahl des Hämatins, ohne merklich den Hämoglobingehalt zu verändern; es regt den Appetit an, befördert die Ernährung und bewirkt eine Gewichtszunahme, hebt die Kräfte und beeinfluſst die Ernährung der Schleimhaut und Haut günstig. Bei den verschiedenen pathologischen Zuständen äuſsert sich die Wirkung des Arrhenique wie folgt:

1. Bei Tuberkulose. Das Arrhenique übt eine spezifische Wirkung auf den Tuberkelbacillus aus; besonders bei beginnender Tuberkulose ist die Wirkung gut, der Appetit mehrt sich, die allgemeine Ernährung nimmt zu, der Atmungskoeffizient erreicht seine Norm, die Temperatur sinkt langsam und gleichmäſsig, Husten, Auswurf nimmt ab. Selbst im vorgeschritteneren Stadium bessert sich der Allgemeinzustand, während sich die Wirkung auf die Läsionen selbst wenig bemerkbar macht; nur im Spätstadium versagt das Präparat. Auch die tuberkulösen Drüsen werden kleiner und werden hart, wenn sie noch nicht vereitert sind; sind sie aber schon in Eiterung, so folgt die Heilung und Vernarbung schneller unter dem Einfluſs des Mittels.

2. Bei akuten Krankheiten, wie Grippe, Bronchitis, Angina und Rheumatismus, sowie Asthma wirkt es unterstützend.

3. Bei Diabetes setzt es den Zuckergehalt herab, ebenso wie etwa gleichzeitig bestehendes Eiweiſs.

4. Bei Krankheiten des Nervensystems wirkt es günstig bei Neurasthenie und Chorea, gleichfalls bei Gemütskrankheiten hebt es den psychischen und körperlichen Stand des Kranken.

5. Auch bei Hautkrankheiten ersetzt es die sonstigen Arsenpräparate, da es bekömmlicher ist und in höheren Dosen gegeben werden kann.

Digitized by Google

6. Bei den Kinderkrankheiten bewährt sich die Kakodylsäure gut, sie scheint per os eingeführt keine Unbequemlichkeiten zu verursachen.

Was den besonderen Gebrauch der verschiedenen organischen Arsenpräparate betrifft, so ergibt sich folgendes:

1. Die Methylarseniksäure kann man intern und subcutan verwenden; man nimmt sie mit dem Essen; sie belästigt den Magen nicht, vermehrt den Bestand an roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt. Sie besitzt die Eigenschaften eines Antipyretikum, besonders in kleinen Dosen, und bewirkt Gewichtszunahme; auch scheint sie gegen Malaria zu wirken, ähnlich wie Chinin, und bewährt sich bei Hautkrankheiten und Syphilis.

2. Das kakodylsaure Strychnin wirkt gut bei bazillärer Anorexie und mildert die Allgemeinsymptome der Infektion; auch hebt sie die agglutinierende Kraft des Blutserums.

3. Das kakodylsaure Eisen ist indiziert bei Anämie, Chloroanämie und Chlorose und reagiert schnell auf die Symptome (Schwäche, Kopfweh, Neuralgie).

Den Schlufs der umfangreichen Arbeit bilden pharmakologische Betrachtungen über die Arrheniquepräparate. *Bernhard Schulze-Kiel.*

La Syphilis.

Band III. Heft 3. März 1905.

I. **Vorlesungen über Syphilis** aus der Mittwochs-Poliklinik des Prof. Gaucher-Paris, von Lévy-Bing.

Am 9. November 1904 stellt Gaucher vor: 1. Einen Fall von **Schanker der linken Brustwarze** bei einer 47jährigen Frau, die kinderlos ist und nebenbei Skabies hat. 2. Einen **Schanker am Hals** bei einer Frau; es handelt sich um eine tiefe, harte, länger bestehende unveränderte Ulceration von knorpeliger Beschaffenheit. Gleichzeitig besteht jetzt eine Roseola. Infektion durch den Ehemann, welcher vor sechs Jahren als Unverheirateter Syphilis hatte. 3. Ein **Gumma des Gaumensegels** bei einer 28jährigen Frau, welche vor zehn Jahren Syphilis erwarb und drei Jahre sachgemäfs behandelt wurde. Trotzdem zeigt sich jetzt eine Perforation des Gaumensegels. 4. Ein **Epitheliom** der linken Wange von Nufsgröfse bei einem 42jährigen Manne, mit zentralem Verfall und Schwellung der submaxillaren Drüsen. Da Diagnose anfangs nicht ganz sicher war, so wurden erst 15 Injektionen von Hydrargyr. bijodatum ohne Erfolg gemacht, um zu sehen, ob etwa Lues vorläge. Nachdem das Epitheliom jetzt konstatiert ist, soll zur Operation geschritten werden. 5. Ein **Gumma der Unterlippe** bei einem sehr wenig behandelten Luetiker, der oft Ulcerationen hatte und nun zwei Gummen der Unterlippe von Nufsgröfse aufweist. Es soll eine Injektionskur eingeleitet werden. 6. Einen Fall von **schwerer Sekundärsyphilis** trotz energischer Behandlung zehn Monate nach dem Auftreten des Primäraffekts. Er wurde ununterbrochen mit Pillen behandelt und zeigt jetzt trotzdem ein allgemeines papulo-tuberkulöses Syphilid, welches erst nach 45 Injektionen von Hydrarg. benzoatum schwindet. 7. Einen Mann mit **syphilitischen Vegetationen der Eichel** fünf Monate nach der Infektion, daneben besteht Leukoderma am Hals, was beim Manne selten ist, während es bei Frauen oft vorkommt. 8. Einen 26jährigen Mann mit **Blennorrhoe, Schanker, sekundärer Syphilis** und **Facialislähmung**, welch letztere unabhängig von der Lues ist und nicht auf spezifische Behandlung reagiert. 9. **Syphilitische Ulcerationen** am linken Bein bei einem Manne, der angeblich nie Lues hatte. Unter spezifischer Therapie erfolgt Rückgang der Ulcerationen. 10. Einen Fall von **Nervensyphilis** bei einem 52jährigen Manne, welcher bereits 1893

Digitized by Google

behandelt war und 1902 eine lokale linksseitige Hemiplagie hatte und jetzt Kontrakturen am linken Arm und Bein sowie grofse Steigerung der Reflexe bietet. Unter Injektionen von Hydr. benzoat. folgt schnell Besserung, so dafs sich die Kontrakturen heben. 11. Einen Fall von **Gefäfserkrankung und Aneurysma der Aorta** bei einem 41jährigen Syphilitiker, der sich vor 16 Jahren infizierte, vor sechs Jahren eine rechtseitige Hemiplegie mit Aphasie durchmachte und seit fünf Jahren Beschwerden hat, welche auf einen Tumor von Orangengröfse unter dem Sternum hindeuteten. Es besteht ein Aneurysma der Aorta, welches unter Injektionen und grofsen Jodgaben sich verkleinert. 12. Eine **Alopecie** bei einem 21jährigen Mädchen, welche nicht auf Lues beruht.

Am 16. November 1904 stellt Gaucher vor: 1. Zwei Fälle von **Tertiärsyphiliden des Gesichts**, besonders der Nase und Umgebung. 2. Zwei Fälle von **Gummen des Gaumensegels** bei zwei jungen Mädchen; das eine war seit sechs Jahren, das andere seit zwei Jahren luetisch, bei dem zweiten besteht eine Perforation. Merkur und Jod wirkten prompt. 3. Einen Fall von Kombination von **Skabies** und **Roseola syphilitica** bei einem Mädchen. 4. **Blennorrhagische Erosionen der Vulva**. 5. **Psoriasis palmaris luetica** bei einem Mädchen, welches vor drei Monaten Syphilis erwarb. 6. Zwei **extragenitale Sklerosen** am Arm und am Gaumen.

Am 23. November stellt Gaucher vor: 1. Eine Frau mit **Leucoplacia lingualis luetica**. 2. Einen Fall von **Syphilis hereditaria tarda** bei einem jungen Mädchen mit Hautgummen, die nach Injektionen schwanden. 3. Ein **Ekzem** am linken Unterarm bei einer Syphilitischen, welches diagnostisch interessant ist. 4. Einen Fall von Kombination von **Lues** und **Hauttuberkulose**. 5. **Rupia luetica** der Nase bei einer 23jährigen Frau. Infektion vor sechs Jahren. Ungenügende Behandlung.

Am 30. November stellt Gaucher vor: 1. Eine **Syphilis hereditaria** bei einem fünf Monate alten Kinde, welches Gumma am Präputium, ein typisches syphilitisches Gesicht hat. Die Behandlung soll in Liquor van Swielen, 2 mal täglich 10 Tropfen, bestehen. 2. Eine Frau mit **papulosquamösem Syphilid** beider Handflächen. 3. **Syphilitische Ulcerationen** der Zehen und Interdigitalfalten neben allgemeinem papulösem Syphilid des Körpers bei einer Frau und einem 33jährigen Manne. 4. Ein **Gumma** der Brust bei einer 21jährigen, welche vor drei Monaten eine Wunde an der Vagina hatte, welche von anderer Seite als weicher Schanker behandelt wurde, sich aber als Schanker mixte entwickelte. G. betont, dafs weiche Schanker selten sind und sich aus ihnen später ein Ulcus durum entwickelt. 5. **Konzeptionelle Syphilis**. Eine Frau (37 Jahre) zeigt seit 14 Tagen ein ulcerierendes Gumma der rechten Hüfte, ohne bisher Zeichen von Lues gehabt zu haben. Die Frau hat bisher zehn Kinder gehabt, von denen nur eins lebt, während alle anderen jung starben, ohne dafs sie als syphilitisch erkannt wurden. Der Mann hatte vor sehr langen Jahren Syphilis und war oft behandelt worden, aber trotzdem war die Frau auf dem Placentarwege infiziert, welches sich 19 Jahre später durch das Gumma herausstellte.

Am 7. Dezember 1904 zeigt Gaucher: 1. Einen Fall von **Plaques** im Munde bei einem starken Raucher, der wegen seiner Lues fast immer behandelt wurde, aber nie das Rauchen aufgab; ein Zeichen des schädlichen Einflusses desselben auf die Mundaffektionen. 2. Eine **Periostitis** beider Tibien bei einem Luetiker, welche sich unter Injektionen bessert. 3. Einen Mann, welcher **Malaria** und **Syphilis** hatte und 1 % Eiweifs hat, welch letzteres sich nicht nach Milchdiät allein, sondern erst nach spezifischer Behandlung verlor. Die Albuminurie bestand schon vor der Syphilis. 4. **Meningitis gummosa diffusa cerebrospinalis** bei einem 38jährigen

Digitized by Google

Manne, der vor 18 Jahren Lues akquirierte und nur eine Pillenkur durchmachte und 17 Jahre später eine Parese der linken Seite bekam, welche unter Jod heilte. Bald stellte sich aber eine rechtseitige Parese ein mit Sprachstörungen und Gedächtnisschwäche, Steigerung der Reflexe, Pupillenstörung, Zittern und den Erscheinungen allgemeiner Paralyse. Es soll eine Quecksilberkur eingeleitet werden.

Am 12. Dezember stellt Gaucher vor: 1. Einen Fall zur Diagnose: **Syphilis oder Epitheliom** im Rachen, worüber die spezifische Behandlung Aufschlufs geben soll. 2. Ein **Exanthem** bei einem Bonbonarbeiter, welches leicht mit Syphilis verwechselt werden kann. 3. Zwei Fälle von hartnäckigen, stets wiederkehrenden **Rezidiven der luetischen Exantheme** der Haut trotz starker Behandlung. 4. **Doppelseitige Dacryocystitis** bei einem **hereditär-luetischen,** $4^1/_2$ Jahre alten Kinde.

Am 21. Dezember stellt Gaucher vor: 1. Eine 22jährige Syphilitikerin, welche trotz ständiger Behandlung **totale Aphonie, Plaques muqueuses, Leukoderma** am Halse und der Stirn zeigt. 2. **Roseola circinata** an der Wange mit gleichzeitigem makulo-papulösem Syphilid des Körpers bei einer Frau. 3. **Gumma** des Beins bei einem 13jährigen Mädchen, dessen Eltern leugnen, je Syphilis gehabt zu haben, während das Kind eklatante Zeichen hereditärer Syphilis (Hutchinsonsche Trias) zeigt.

Vorstellung am 28. Dezember 1904: 1. Zwei Fälle von **Lippenschankern** mit folgenden Sekundärerscheinungen. 2. Den Patienten mit der zweifelhaften Diagnose (Lues oder Epitheliom) von der vorigen Sitzung, die Injektionskur bewirkte das Schwinden der Ulcerationen und bestätigt daher die Diagnose **Lues.** 3. Ein Fall von **Syphilis maligna,** bei dem sich trotz unausgesetzter Behandlung allseitig circinäres Syphilid zeigt. 4. Ein Fall **gutartiger Syphilis,** die Erscheinungen schwanden von selbst und waren kaum zu sehen, ein Beweis, dafs es Fälle von Syphilis gibt, die auch ohne Therapie zurückgehen. 5. Eine **Osteo periostitis** am Kiefer, welche keine Beschwerden macht, aber trotzdem natürlich mit Merkur und Jod behandelt werden soll.

II. **Über psychische Erscheinungen bei cerebraler Syphilis,** von Ziehen. Die Gehirnsyphilis zeigt sich in vier verschiedenen Formen, in isolierten Gummata, allgemeiner Paralyse, Meningitis gummosa und Endarteriitis der kleinen Gefäfse mit kleinen Erweichungsherden. Z. bespricht die psychischen Störungen bei den letzteren beiden Formen. Die Dementia syphilitica ähnelt sehr der allgemeinen Paralyse, jedoch fehlen die Sprachstörungen, die Somnolenz und Ermüdung ist seltener, aber länger anhaltend als bei der allgemeinen Paralyse. Es können sich sehr verschiedene psychopathische Erscheinungen zeigen, epileptische Anfälle, Hallucinationen besonders auf dem Gebiete des Gehörs, akute Amnesie und Verfolgungswahn, sowie auch Zeichen der Neurasthenie oder besser der Psychasthenie. Diese Formen sind diagnostisch von grofser Wichtigkeit, weil sie eine günstige Prognose haben und therapeutisch bei antisyphilitischer Behandlung günstig beeinflufst werden.

III. **Über Syphilis des Auges und seiner Adnexe,** von Terrien. Verfasser bespricht die syphilitischen Erscheinungen am Auge in drei Abschnitten: 1. Syphilis hereditaria, 2. Syphilis aquisita, 3. Behandlung der Augensyphilis. In der ersten Abteilung bespricht er 1. die Spätformen (Iritis, Irido-Choroiditis, Chorioretinitis, Retinitis pigmentosa). Die Erkrankungen der Papilla zeigen sich als Neuritis optica, pigmentäre Färbung der Papilla. Die Syphilis kann der Ursprung einer grofsen Zahl von kongenitalen Mifsbildungen, wie Colobom, Microphthalmie, Glaucoma infantile, Cataract, Nystagmus, sein, dagegen wendet sich T. gegen die Ansicht, dafs der Strabismus ein Zeichen spezifischer Heredität sei. Unter den frühzeitigen Erschei-

Digitized by Google

gedehnteste Anwendung in allen Gebieten der Medizin.

Indikationen und Dosierung.

In der **Chirurgie** wird das Alumnol als mildes Antisepticum und Spülmittel (0,5—3%ige Lösung), ferner als Aetzmittel bei **torpiden Geschwüren, Fistelgängen** etc. (10—20%ige Lösung) angewandt.

In der **Gynaekologie** findet das Alumnol Anwendung bei **Endometritis gonorrhoica** in Form von Alumnolgaze (5—20%ig) zum Offenhalten und Tamponieren der Uterushöhle. Ferner bei **Fluor albus** und den einfach **katarrhalischen Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus** in Form von Lösungen (2—5%ig) oder als Alumnolstäbchen (5—20%ig).

Auch in der **Oto-, Rhino-** und **Laryngologie** hat die Alumnolbehandlung bei **Otitis purulenta** sowie bei **Katarrhen** der **Nasen-, Rachen-** und **Kehlkopfschleimhaut** ausgezeichnete Resultate ergeben. Das Alumnol findet hierbei entweder als Pulver oder in $\frac{1}{4}$—1%igen wässerigen Lösungen zu Spülungen, Gurgelungen, Nasendouchen etc. Anwendung.

In der **Dermatologie** verwendet man das Alumnol mit Erfolg bei **Erosionen** und **Geschwüren, Ulcus molle, Abszessen, Balanitis, Urethritis, Ekzemen, Gesichtsakne, Drüsenschwellungen, Sykosis, Favus, Psoriasis** des Kopfes und Gesichtes, **Erythema exsudativum, Prurigo, Lupus** etc. Je nach dem grösseren oder geringeren Entzündungszustand der Haut wird das Alumnolpulver entweder rein oder zu 10% mit Talcum und Amylum ãã gemischt angewandt. Bewährt haben sich auch 1—5%ige wässerige oder 2,5—10%ige alkoholische Lösungen und 2,5—20%ige Alumnol-Lanolinsalben. Ferner findet es Verwendung in Form von Firnissen und Guttaperchapflastermullen.

In der **Urologie** hat sich das Alumnol mit ganz besonderem Erfolg zur Behandlung der **Gonnorrhoe der Männer** und **speziell der Frauen** bewährt in Form von 1,2 und 5%igen wässerigen oder 2,5—10%igen Alumnol-Lanolin-Injektionen. Ferner als 5%ige Alumnolstäbchen, welche in die Urethra eingelegt werden.

8. Casper, Ueber die Wirkungen des Alumnols auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis. Berliner klinische Wochenschrift 1893, No. 13.
9. Samter, Ist das Alumnol ein Spezificum gegen Gonorrhoe? Berliner klinische Wochenschrift 1893, No. 13.
10. Chotzen, Alumnol, ein Antigonorrhoicum. Broschüre, Wien und Leipzig, 1895, Verlag von Wilhelm Braumüller.
11. Smith, Alumnol as a surgical application. The American Therapist, November 1895.
12. Overlach, Zur gynäkologischen Verwendung des Alumnols. Deutsche Medizinal-Zeitung, Januar 1899, No. 8.
13. Sutphin, Pruritus treated with Alumnol. The American Therapist, September 1901, No. 3.

Rezepte.

Rp. Alumnol . . . . 0,25—5,0
Aqu. dest. 100,0
D. S. Zu Spülungen, Gurgelungen, Einspritzungen etc.

Rp. Alumnol. 18,0
Ol. Ricini 20,0
Collodii 160,0
M. D. S. Ricinusöl-Collodium.

Rp. Alumnol. 10,0
Lanolin. 50,0
Paraffin. liqu. 35,0
Ceresin. 5,0
M. f. unguent.
S. Alumnol-Lanolinatsalbe.

Rp. Tubera Salep. . . . 10,0
Glycerin. 20,0
Aqu. dest. 200,0
Coque ad consist. nguenti, adde Alumnol. 20,0
S. Alumnol-Firnis.

Literatur-Auszug über Alumnol.

1. Heinz und Liebrecht, Alumnol, ein neues Adstringens und Antisepticum. Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 46.
2. Chotzen, Alumnol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten und Gonorrhoe. Berliner klinische Wochenschrift 1892, No. 48.
3. Wolffberg, Zur Prophylaxis des Augentrippers der Erwachsenen und zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum. Therapeutische Monatshefte, Dezember 1892, S. 644.
4. Gottschalk, Ueber Alumnol. Centralblatt für Gynäkologie, Februar 1893, No. 8.
5. Asch,
6. Fränkel, } Alumnol. Verhandlungen des V. Kongresses der Deutschen Gynäkologischen Gesellschaft Breslau 1893

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst am Main.

ALUMNOL

(B-Naphtoldisulfosaure Thonerde)

ein seit Jahren bewährtes, leicht lösliches, in die Tiefe dringendes

Adstringo-Antisepticum.

Alumnol stellt ein feines weisses, haltbares Pulver dar, welches ganz **hervorragende adstringierende, antiseptische und reduzierende Eigenschaften** besitzt.

Alumnol unterscheidet sich vorteilhaft von den gewöhnlichen Aluminiumsalzen und Salzen der Schwermetalle, welche bisher als Adstringentia Verwendung fanden. Während diese mit Eiweiss unlösliche Niederschläge bilden und deshalb nicht tief in die Gewebe eindringen, fällt Alumnol zwar auch Eiweiss, jedoch löst sich dieser Niederschlag wieder vollständig im Ueberschuss von Eiweiss, so z. B. in eitrigen Sekreten, auf.

Alumnol kann deshalb ungehindert in die Tiefe der Gewebsschichten eindringen.

Alumnol ist für den menschlichen Organismus vollkommen ungiftig.

Alumnol findet in Folge seiner anerkannt wertvollen therapeutischen Eigenschaften die aus-

nungen nennt Verfasser Keratitis interstitialis, welche in den meisten Fällen spezifischen Ursprungs ist. Im zweiten Teil bespricht er die erworbene Syphilis, welche jederzeit das Sehorgan befallen kann; der Schanker sitzt meist auf den Lidern, auch die Keratitiden, Skleritiden, Episkleritiden sind nicht selten. Am häufigsten trifft man Iritis und Irido-Chorioiditis mit verschiedenen klinischen Abweichungen, auch Befallensein der Chorioidea und Retina sind nicht selten. Im Anschlufs daran kann auch der Nervus opticus ergriffen werden (Neuritis retro bulbaris, papillitis, Atrophie der Papilla). Diagnostisch hat die Lumbalpunktion grofsen Wert. Die Tertiärerscheinungen am Auge sind ebenfalls nicht selten, z. B. Gummata, Störung der Bewegung der Augenmuskeln. Die Diagnose ist oft schwer, besonders bei Feststellungen des Sitzes der erkrankten Stelle. Auch sensitive Störungen können auftreten. Dann werden die parasyphilitischen Erscheinungen des Auges besprochen, Veränderungen der Pupille, Verlust des Lichtreflexes usw. Die Augenparalyse, besonders die des Nervus oculo motorius communis, teilt T. ebenso wie Fournier in zwei Gruppen: die Paralyse der präataxischen Periode und die der festen Periode, wo keine Heilung mehr möglich ist. Auch die Atrophie des Opticus ist leider bei der Tabes sehr häufig. Nach eingehender Besprechung der Augenerscheinungen bei der Tabes wendet sich Verfasser zu denen der allgemeinen Paralyse: Veränderungen in der Form und dem Durchmesser der Pupillen, Argyll-Robertsonsches Zeichen, Atrophie des Opticus, Muskelparalyse. Im dritten Teil der Arbeit tritt T. für eine intensive Behandlung mit intramuskulären Injektionen ein, man mufs dabei schnell und energisch verfahren, um befriedigende Resultate zu erzielen.

IV. **Über die Syphilis des Arztes,** von Henri Pérot. Einem prächtig und flott geschriebenen Vorwort, in welchem er sein Thema disponiert und die Gefahr der Syphilis für den Arzt und den Patienten betont, schliefst P. eine lange Abhandlung über die Syphilis im ärztlichen und im Stande der sonst Hilfe bringenden Personen (Hebammen, Heilgehilfen, Dentisten) an. Kapitel I behandelt: Die Syphilis im Berufe des Arztes, die Art der Infektion bei den Untersuchungen, Sektionen, Operationen, besonders bei den Dermatologen, Geburtshelfern, Zahnärzten und Hebammen. Kapitel II handelt von den Gefahren, nicht nur denen des Kranken für den Arzt, sondern auch denen des infizierten Arztes für den Patienten durch direkte Berührung oder durch Instrumente, sei es nun der Augenärzte, Ohren-, Kehlkopfärzte, Gynäkologen oder Hebammen, Barbiere usw. Im Kapitel III gibt Verfasser Verhaltungsmafsregeln für den luetisch infizierten Arzt im Verkehr mit seiner Klientel, er weist auf die Gefahren des oft nicht gleich erkannten Schankers am Finger des Arztes für die Patienten hin und betont die Schwierigkeiten, welche einem unvorsichtigen Arzte vor Gericht erwachsen können. Der zweite Teil der Arbeit ist der Prognose der Syphilis beim Arzte und der Psychologie des angesteckten Arztes gewidmet, wo sich Verfasser nicht so pessimistisch ausdrückt wie Ricord und andere Autoren, deren Ansichten in Form von „Interviews" gegeben werden.

V. **Syphilitischer Schanker der rechten vulvovaginalen Drüse,** von A. Lévy-Bing-Paris. Bei einer wegen Blennorrhoe behandelten 21jährigen Frau fand Verfasser auf der rechten vulvovaginalen Glans eine kleine zentrale Erosion im Bereiche des Orifiziums, während die linke Drüse stets normal blieb. Die Ulceration ist länglich, etwa 1 cm lang, 2—3 mm breit und 15 mm tief. Mit einer Sonde kommt man auf den tiefsten Punkt, der am rechten Oberschenkel unterhalb der Ulceration in einer Entfernung von 2 cm liegt. Weder Eiter noch sonstige Flüssigkeit läfst sich ausdrücken, auch ist die Ulceration fast schmerzlos. Es sieht anfangs aus, als ob es sich um einen Abscefs der Bartolinischen Drüse handelt. Jedoch ist der Rand verhärtet und fühlt sich knorpelig an und imponiert bald als typisches

Digitized by Google

Ulcus durum, was auch die indolenten Drüsen der Nachbarschaft bestätigen. Bald darauf zeigte sich Roseola, so daſs die Diagnose nicht mehr zweifelhaft sein konnte. Der Fall zeigt, wie schwer oft die Diagnose beim gleichzeitigen Vorkommen von Blennorrhoe und Lues sein kann.

Band III, Heft 4. April 1905.

I. **Über Syphilis des Magens**, von Georges Hayem. Die Fälle von Magensyphilis werden nur selten beobachtet, auch Verfasser sah in seiner langen ärztlichen Tätigkeit nur vier bis fünf Fälle, welche er ausführlich mitteilt. Der erste Fall bestand in einer Ulceration des Magens mit Blutspucken und allen Anzeichen eines Magengeschwürs und heilte, nachdem jede Behandlung vergeblich gewesen war und nachdem eine frühere Lues konstatiert war, schlieſslich prompt unter spezifischer Therapie. Fall II zeigte eine Stenose, welche ebenfalls auf frühere Syphilis zurückzuführen war und unter entsprechender Therapie heilte. Fall III zeigte einen Tumor am Pylorus oder der Gegend des Pylorus, welcher als Carcinom diagnostiziert wurde und zur Operation kam. Erst die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab die Diagnose Syphilis; nachdem dann der Patient gestand, daſs er vor 30 Jahren infiziert worden war, erfolgte die Heilung. Fall IV imponierte ebenfalls als Stenose infolge eines Carcinoms und verlief wie Fall III. Man sieht, daſs man bei dunklen Fällen von Magenbeschwerden vorstehender Art, welche hartnäckig jeder Therapie trotzen, auch an Syphilis denken muſs, und die Patienten in ihrem Interesse um sichere anamnestische Angaben ersuchen soll, da in solchen Fällen eine antiluetische Kur in überraschender Weise die Heilung bewirken kann und unter Umständen die sicher nicht angenehme und gefahrvolle Operation überflüssig macht. Die Fälle sind zwar selten, aber vielleicht kommen sie öfter vor, als man meint und werden nur nicht diagnostiziert.

II. **Über Aorta und Syphilis. Die Häufigkeit des gleichzeitigen Bestehens der Aortiten mit Tabes dorsalis und allgemeiner Paralyse bei Syphilitischen**, von Guilly-Paris. Die Arbeit beschäftigt sich mit den Beziehungen der Aortitis zu der Tabes einerseits und der allgemeinen Paralyse anderseits bei Luetikern. Verfasser steht auf dem Standpunkt, daſs die Tabes syphilitischen Ursprungs ist, sei es, daſs es sich um erworbene oder ererbte Syphilis dabei handelt. Der Syphilitiker kann Tabes haben, ohne gleichzeitig an Aortitis zu leiden, und umgekehrt. Aber die Aortiden im Verlauf der Ataxie sind nicht selten; so fand Verfasser unter 134 Tabetikern 65 mal Erkrankungen der Aorta aller Art, Klappenfehler, Aneurysmen, Insuffiziens. Letztere sind am häufigsten, oft kombiniert mit Atheromatose der Aorta. Wenn es feststeht, daſs die Tabes luetischen Ursprungs ist, so ist die Aortitis der Tabetiker es natürlich auch und muſs als eine Tertiärerscheinung der Syphilis betrachtet werden. Die klinische Entwicklung der Erkrankungen der Aorta bei den Tabetikern ist meist langsam, die Störungen sind unbedeutend, nur selten tritt das Leiden plötzlich auf und verursacht dann Herzbeschwerden, Beklemmungen, Atemnot usw. Jedoch schwinden diese Störungen in sechs bis acht Wochen bei spezifischer Behandlung. Bisweilen kann man das gleichzeitige Erscheinen einer schweren Aortenerkrankung mit Tabes beobachten, doch ist eine Aortitis bei den Tabetikern nicht ein Zeichen einer schweren Prognose; doch hat die Behandlung einer akuten Aortitis einen unbestrittenen Einfluſs auf die Heilung, während die spezifische Behandlung wenig Einfluſs auf die Nachschübe sowie auf Tertiärerscheinungen im allgemeinen ausübt, auch hat sie wenig Erfolg bei chronischer Aortitis und anderen Erscheinungen der Arteriosklerose syphilitischen Ursprungs. Die Therapie kann die konsekutiven Dystrophien der hereditären Lues nicht beeinflussen; sie muſs mehr mit Merkur als mit Jod arbeiten.

Digitized by Google

Der zweite Teil befaſst sich mit der allgemeinen Paralyse. Verfasser hat 233 Paralytiker beobachtet, deren Autopsien er in 200 Fällen aufführt. In 51 Fällen fand sich Aortitis, am häufigsten bestand Insuffiziens der Aorta; sie entwickeln sich am meisten bei jungen Paralytikern von höchstens 45 Jahren. In Ermangelung einer anderen Ursache und besonders des Alkoholismus muſs man dieses Auftreten auf Syphilis beziehen.

III. **Über Aortitis, Tabes und allgemeine Paralyse,** von E. v. MASSARY. Verfasser berichtet über zwei Fälle von Aortitis mit gleichzeitiger beginnender Tabes, die er beobachtete. Der erste Fall betraf einen 39jährigen Mann, der eine deutliche Aorteninsuffiziens hatte und daneben ungleiche Pupillen mit Erweiterung und Unbeweglichkeit der linken sowie Nichtvorhandensein der Lichtreflexe hatte. Er hatte vor 20 Jahren Syphilis erworben und war nicht genügend behandelt worden. Der zweite Fall betraf einen 60jährigen Mann mit Aorteninsuffiziens, Myosis der rechten und Unregelmäſsigkeit der linken Pupille, ARGYLL ROBERTSONschem Phänomen und Fehlen der Reflexe. Eine Syphilis lieſs sich nicht feststellen.

IV. **Klinische Studie über einige Formen der Tabes,** von RAYMOND. R. bespricht drei Fälle von Tabes, welche sehr verschiedene Stufen und Symptome zeigen. Fall I zeigt das klassische Bild der Krankheit, beim zweiten Fall ist das Bild schon verwischter, während beim dritten die eigentümliche Lokalisation der Symptome in dem Gebiete der Gehirnnerven den Fall noch schwieriger zu erkennen macht. Fall I betrifft eine 49jährige Frau, welche seit 15 Jahren im Krankenhaus ist und deren Eltern tuberkulös und Alkoholiker waren. Ihr Mann war syphilitisch und tuberkulös, die Ehe war kinderlos. Die Frau selbst hat eine verdächtige Angina durchgemacht, sonst hatte man keine Luessymptome gefunden. Mit etwa 34 Jahren bekam sie starke Schmerzen der unteren Extremitäten im Gebiet der vorderen und seitlichen Nervenstränge des Rückenmarks, die anfallsweise auftraten. Gleichzeitig trat Incontinentia urinae auf, zwei Jahre später traten Störungen der Bewegungsorgane auf, später fielen die Zähne von selbst aus. Alle Reflexe fehlen, das rechte Bein ist stark atrophisch. Es handelt sich um ein echtes Beispiel von Tabes cervicodorso-lumbalis. Der zweite Kranke hat eine Tabes mit sehr geringen Symptomen. Die Mutter war nervenkrank, Patient selbst litt mit 16 Jahren an Inkontinenz der Blase, später trat zweimal Herpes zoster auf. Jetzt, nach zehn Jahren, besteht die Inkontinenz noch, die Reflexe sind verschwächt, ein leichter Grad des ROMBERGschen Phänomens besteht, Gliederschmerzen oder irgendwelche Sensibilitätsstörungen fehlen. Die Augen sind normal. Trotzdem zeigen die genannten Erscheinungen, daſs es sich um Tabes handelt, wenn auch nur um eine beginnende. Es soll eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet werden. Der dritte Kranke zeigt die Tabes in einer ganz sonderbaren Form. Der 49jährige Kranke will nie Syphilis gehabt haben, war aber starker Absinthtrinker. Vor sieben Jahren hatte er Magenstörungen, Erbrechen und starke Schmerzen, später Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Drei Jahre später bestanden Schlingbeschwerden und Gedächtnisschwäche, sowie Krampferscheinungen im Kehlkopf, auch stellte sich absolute Gefühlslosigkeit im Munde ein. Seit kurzer Zeit sieht er Doppelbilder und hat öfters Gliederschmerzen. Leichter Grad von ROMBERGschem Phänomen, die Reflexe sind fast erhalten. Man findet beiderseits das ARGYLLsche Phänomen, die rechten Gesichts- und Augenmuskeln zeigen einen leichten Grad von Paresie. Es handelt sich um eine Tabes mit Lokalisation im Hirn, die noch sehr wenig entwickelt ist, eine Form, die oft mit Syringomyelie verwechselt wird. Solche Fälle sind selten. Erwähnt wird ein Fall von cervico-bulbärer Tabes ähnlicher Art von CHARCOT und von COHEN, welch letzterer angeführt wird.

Digitized by Google

V. **Zungentuberkulose bei einem Tabetiker,** von Caussade. C. beschreibt einen Fall von tuberkulösen Ulcerationen auf der Zunge bei einem Manne, der Tabes hat. Die Diagnose war schwierig in Anbetracht, dafs Schmerzen, die man auf die Tabes beziehen konnte, fehlen, dafs ferner ein starkes einseitiges Ödem der Zunge bestand, welches eine Asymmetrie derselben vortäuschte, und dafs die Ulcerationen einen kreisrunden Rand, leicht graurötlichen Grund hatten und neben denselben zahlreiche Herpesbläschen im Munde bestanden, welche den Verdacht eines Herpes zoster nahelegten. Daneben besteht eine doppelseitige leichte Schwellung der Cervicaldrüsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose der Follikel, Riesenzellen und Tuberkelbazillen.

VI. **Über Endarteriitis obliterans,** von Camillo Saraceni-Rom. Es handelt sich um zwei Fälle von Hämorrhagien in Form von Blutergüssen in die Haut und wirklichen Hämorrhagien der inneren Organe, bedingt durch Syphilis. Verfasser zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: Aus seinen Fällen folgt, dafs eine durch Syphilis bedingte Gefäfsalteration die Ursache der Hämorrhagien ist. Diese Veränderung der Gefäfse ist in vorliegenden Fällen durch anatomische Untersuchungen und den Erfolg der antisyphilitischen Therapie bewiesen. Bisweilen können sich den Erscheinungen der Purpura cutanea Enterorrhagien und Hämatomesen zugesellen, welche unter Ruhe des Magens und antiluetischer Kur heilen können. Ernährungsinjektionen von Pepton Heyden unter die Haut können die Kräftigung an Stelle des Magens und Darms unterstützen, man kann ohne Schwierigkeiten 10—15 g Flüssigkeit täglich subcutan einspritzen ohne lokale Reaktion, und zwar an verschiedenen Stellen am selben Tage. An der Injektionsstelle bleiben weder Verhärtungen noch Empfindlichkeit. Die subcutanen Injektionen von Merkur vermehren nicht die Neigung zu Hämorrhagien, wie man bisher glaubte.

VII. **Ein Fall von chronischem, angeborenem Schnaufen, von Hypertrophie des Thymus und Syphilis hereditaria,** von A. B. Marfan. Es handelt sich um ein 15 Monate altes Kind, welches mit starker Atemnot, verbunden mit Ziehen und Schnaufen, gebracht wurde. Die Erscheinungen imponierten, da gleichzeitig hohes Fieber bestand, als Diphtherie, so dafs man sich zur Intubation, und als dieses erfolglos war, zur Tracheotomie entschlofs. Die Auskultation ergab ferner eine Bronchopneumonie, verbunden mit Larynxstenose, wahrscheinlich infolge von Diphtherie. Man injizierte zweimal Diphtherieserum. Die mikroskopische Untersuchung des Pharynx ergab absolutes Fehlen der Diphtheriebazillen, die Erscheinungen besserten sich langsam, die Atemnot wurde geringer, aber das Schnaufen und Ziehen blieb, während das Fieber aufhörte. Bald darauf wurde das Kind, nachdem die Tracheotomiewunde verheilt und die drohenden Erscheinungen beseitigt waren, entlassen; es behielt aber sein Schnaufen bei und blieb schwach, so dafs es noch nicht gehen konnte, trotzdem es keine Rhachitis oder sonstige Anormalitäten zeigte; drei Monate später kam das Kind in cyanotischem Zustande mit grofser Atemnot wieder und starb, bevor man eine Operation machen konnte. Die Sektion ergab: Es bestand absolut keine Mifsbildung oder Verletzung des Larynx, keine Schwellung der tracheo-bronchialen Drüsen, keine Tuberkulose, sondern nur eine Hypertrophie des Thymus und syphilitische Erscheinungen der Milz, insbesondere Hämorrhagien der Pulpa, Infiltration der Malpighischen Körper im Anfangsstadium der Gummabildung und ein leichter Grad von Amyloidentartung der Adventitia. Es war also das chronische angeborene Schnaufen hervorgerufen durch die Hypertrophie des Thymus, welcher auf die Luftröhre einen Druck ausübte und unter dem Einflusse einer heftigen akuten Schwellung und Kongestion eine merkliche Stenose der Trachea bewirkte, welche eine schnelle Asphyxie herbeiführte.

VIII. **Über Trauma und Gumma syphiliticum**, von Emile Legrain. Ein 22jähriger Mann liefs sich eine Varicocele operieren; die Operation verlief glatt, die Nähte heilten per primam. Nach Entfernung der Fäden zeigten sich zwei erbsengrofse Knoten an der Naht, welche nicht schmerzten und schnell wuchsen, ohne durch lokale Behandlung beeinflufst zu werden. Der Vater teilte mit, dafs er vor 27 Jahren Syphilis gehabt habe, doch glaubte der behandelnde Arzt damals nicht an einen Zusammenhang der Knoten beim Sohne mit der Lues des Vaters. L. gab dann dem Patienten Jod und Merkur und erreichte so sehr schnelle Heilung, ebenso heilte ein Knötchen, welches von einem Stich in den Daumen der linken Hand herrührte, erst unter der antiluetischen Kur. Der Fall zeigt den Einflufs eines Trauma auf die Bildung von Gummen bei einem hereditär Luetischen. Etwas Ähnliches bemerkte der Verfasser bei einer Frau, welche Syphilis erworben hatte und eine Injektionskur durchmachte. An den Injektionsstellen entwickelten sich Gummata, die erst bei einer internen Kur von Jod und Quecksilber verschwanden. Immerhin sind beide Fälle zu den Ausnahmen zu rechnen.

IX. **Einige Fälle von Pemphigus als Ausdruck der Syphilotoxämie und lokaler Irritationen neurotrophischer und bazillärer Art**, von Virgilo Feretti-Rom. Es handelt sich um zwei Fälle von syphilitischem Pemphigus mit Blasen, Pusteln und Papeln. Die Blasen sind teilweise sehr grofs und haben einen gelblichen Inhalt. Beide Patientinnen sind verheiratete Frauen von 45—50 Jahren, deren Kinder teilweise gesund sind, teilweise früh starben. Die eine Frau hat einen leichten Grad von Pseudoparalyse. Die mikroskopische Untersuchung des Blaseninhalts ergibt die Anwesenheit von kleinen Streptokokken, in Ketten gelagert, meist drei aneinander, ebenso verhalten sich die Kulturen. Gelatine wird vollständig verflüssigt. Impfversuche auf Tiere mit den Streptokokken führten in fünf Tagen zum Tode. Man fand eine reichliche Infiltration von Leukocyten und Pilzen, besonders in Milz und Leber.

Band III, Heft 5. Mai 1905.

I. **Über allgemeine Paralysis und Syphilis**, von Alfred Fournier. Die allgemeine Paralysis ist nie bei der Syphilis in den ersten zwei Jahren beobachtet und kommt nur sehr selten bei einer ganz alten Syphilis vor, fast nie nach einer schon über 20 Jahre bestehenden Lues. Sie tritt meistens in der mittleren Tertiärperiode zwischen dem sechsten bis fünfzehnten Jahre nach der Infektion, am meisten im zehnten auf, während die cerebrale Syphilis mit dem Beginn einer Hemiplegie schon vom ersten Jahre der Infektion an beobachtet wird und am häufigsten im dritten Jahre vorkommt. Als ätiologische Faktoren für die allgemeine Paralyse kommen in Betracht: 1. Stets die Syphilis; 2. eine ungenügende antisyphilitische Behandlung; 3. nervöse Disposition und Nervenerregungen aller Art; 4. Alkoholismus; 5. Exzesse in venere; 6. hereditäre nervöse Belastung. Die einzige Vorsichtsmafsregel, welche man präventiv gegen die Allgemeinparalyse in Anwendung bringen kann, besteht in einer energischen und lange durchgeführten gründlichen antisyphilitischen Behandlung. Diese, und zwar eine chronisch intermittierende merkurielle Therapie bis in späte Zeiten fortgeführt bietet die beste Garantie und kann jedem Arzte nur empfohlen werden. Neben der Merkur- und Jodbehandlung ist auch auf die übrige Hygiene bei dem Kranken Wert zu legen; man mufs seine Lebensweise regeln, vorhergegangene Krankheiten in Betracht ziehen, seinen Nervenzustand stets prüfen und allgemeine hygienisch-diätetische Mafsregeln anwenden, wie hydrotherapeutische Kuren und ähnliches. Dann wird man alles getan haben, um nach Kräften das Auftreten der allgemeinen Paralyse zu vermeiden.

In der Diskussion bemerkt Raymond: Wenn es uns gelingt, die Syphilis und den Alkoholismus zu beseitigen, so werden wir gleichzeitig die gröfste Zahl der Nerven-

Digitized by Google

krankheiten, insonderheit die Allgemeinparalyse und die Tabes, aus der Welt schaffen. R. erkennt damit den Zusammenhang der beiden letztgenannten Krankheiten mit der Syphilis an. Auf einem ganz anderen Standpunkt steht A. Joffroy. Er leugnet, dafs die Paralysis generalisata luetischen Ursprungs oder syphilitischer Natur sei. Die Merkurbehandlung ist absolut kein Prophylaktikum gegen die Paralyse, ist im Gegenteil nicht ungefährlich bei diesem Leiden. (Fortsetzung folgt.)

II. **Pathologisch-anatomischer sowie klinischer Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen Syphilis und progressiver Paralyse,** von Rudolphe Stanziale. Bei 100 Paralytikern konnte Verfasser 60 mal sicher Syphilis nachweisen, 17 mal war sie zweifelhaft, 13 mal bestand keine Syphilis. Von diesen 70 Fällen war Lues 32 mal die einzige Ursache der Paralyse, während sie in den anderen 38 Fällen von anderen Ursachen, wie hereditärer Neuropathie und Alkoholismus, begleitet war. Die Versuche einer energischen merkuriellen Behandlung der Paralytiker waren nicht günstig, wenngleich bei zweien vorhandene Gummen verschwanden, ohne dafs die Paralyse sich besserte. Die histologische Untersuchung bezog sich besonders auf das arterielle Gebiet der Hirnbasis an verschiedenen Stellen des Verlaufs der Blutgefäfse. In neun Fällen bemerkte man makroskopische Veränderungen, im allgemeinen waren die Arterien verdickt, von weifslicher oder grauweifslicher Färbung, im Durchschnitt waren die Wände starr und zeigten die Eigenschaften syphilitischer Gefäfse. Jedenfalls kann die Syphilis bisweilen die einzige Ursache der Paralyse sein, aber oftmals wirken ätiologisch erbliche Faktoren mit; bei den Paralytikern, welche nachweisbar an Lues infiziert sind, zeigt jedenfalls das Gefäfssystem dieselben histologischen Veränderungen wie bei sonstiger Syphilis, und keine antiluetische Kur ist imstande, die Krankheit zur Heilung zu bringen.

III. **Syphilis cerebralis praecox, kombiniert mit Exophthalmus beim Kind und beim Erwachsenen,** von H. Dauchez-Paris. Die beiden vom Verfasser beschriebenen Fälle zeigen einerseits die Malignität der Syphilis bei einer stark anämischen Frau mit schwachem Nervensystem und aus nervöser Familie stammend. Die Hauterscheinungen und Nervenerscheinungen in Form von Hyperämie und Delirien waren gleichzeitig; schon sechs Monate nach der Infektion trat eine doppelseitige Neuroretinitis von langer Dauer auf. Anderseits beweisen sie die Notwendigkeit einer unausgesetzten gemischten Behandlung von Kalomel- und Grauen Öl-Injektionen gegen die drohenden Hirnerscheinungen. Die Störungen im Rückenmark, die Schmerzen, der Verlust der Reflexe, eine leichte Parese wichen schnell unter der energischen Behandlung. Der Exophthalmus, der zweifellos mit dem Leiden in Beziehung stand, ist ein sehr seltenes Vorkommnis, wofür es keine anatomische Erklärung gibt als nur eine akute Periostitis der Augenhöhle. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bücherbesprechungen.

De l'Artérite syphilitique, par le Dr. J. Darier-Paris. (Paris, 1904. J. Rueff, Éditeur.) Die erste exakte Untersuchung über die Syphilis der Arterien, stammt aus dem Jahre 1849 und von Dittrich, welcher eine syphilitische Veränderung der Carotis und der Arteria Sylvii beschrieb; nachher veröffentlichten Virchow, Lancereaux und Gros analoge Fälle. Die klinischen Beziehungen zwischen syphilitischen Gefäfsveränderungen und Hirnkrankheiten wurden zunächst von englischen und französischen

Digitized by Google

Autoren aufgestellt, bis dann deutsche Autoren (Heubner, Baumgarten) auch die pathologisch-anatomischen Veränderungen in Untersuchung zogen und in klassischen Arbeiten niederlegten.

Es kommt daher Darier darauf an, systematisch die klinisch-diagnostischen Verhältnisse der Hirnkrankheiten und pathogenetisch-pathologischen Verhältnisse der Gefäſswandungen in Einklang miteinander zu bringen und eine Übersicht der bisherigen, in den letzten 30 Jahren mehr und mehr auf den syphilitischen Ursprung zurückgehenden Veränderungen zu geben. Eine solche Übersicht über ein vieldeutiges und sprödes Gebiet hat D. hier zu bieten vermocht, und man kann dies Buch in seiner Art ebenso als Nachschlagebuch wie als orientierende Lektüre benutzen, zumal auch diesem französischen Autor die Liebenswürdigkeit des Stiles zur Seite steht. Das Büchlein umfaſst zehn Druckbogen und bietet 18 Abbildungen über die mikro- und makroskopischen Veränderungen in Stein- und Buntdruck.

Darier will die groſse Bedeutung der Syphilis für die Gefäſskrankheiten, die sich eben bedenklicherweise unter Einfluſs des syphilitischen Virus meist nur ganz schleichend entwickeln, in warnende Erinnerung und in klinische Beachtung bringen, und dies ist ihm in seinem Buche bei objektiver Darstellung und Anerkennung aller einschlägigen Forschung gelungen. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Über die Beziehungen von Infektion, Gefäſs- und Blutdrüsenerkrankungen zur Sklerodermie, von L. Huismans-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 10.) Beschreibung eines Falles von diffuser Sklerodermie, die sich im Anschluſs an Schmerzen im rechten Fuſs- und im linken Handgelenk entwickelte; die Patientin hatte zwei Jahre vor Beginn der Erkrankung zweimal abortiert und beide Male schwere Blutverluste erlitten. Der Fall, der im übrigen die klassischen Erscheinungen der Sklerodermie darbot, war durch krankhafte Veränderungen fast aller Blutdrüsen ausgezeichnet; die Erkrankung der Ovarien äuſserte sich durch Amenorrhoe, die Erkrankung der Nebennieren durch Pigmentierung und Trockenheit der Haut, Erbrechen und Mattigkeit, die Erkrankung der Schilddrüse durch Kleinheit der Drüse, Haarausfall und Fehlen der Schweiſssekretion, die Erkrankung der Hypophysis durch Dystrophie und Schwäche der Muskeln. — Im Anschluſs an die Mitteilung dieses Falles bespricht H. die verschiedenen Theorien über die Ätiologie und Nosologie der Sklerodermie und betont, daſs in seinem Falle eine Disposition zur Erkrankung in den vorausgegangenen schweren Blutverlusten gegeben war, und daſs der Beginn mit einer Infektion erfolgte, die sich durch die Gelenkschmerzen manifestierte. Sicher erscheint H., daſs die Sklerodermie in das System der Blutdrüsenerkrankungen eingeordnet werden muſs, weil diese in hervorragender Weise am Krankheitsbild beteiligt sind. Die Veränderungen der Blutdrüsen stellen sich dar als eine Infektion mit lebendem Virus, die aber nur unter dem Einflusse einer Alteration des Gefäſse und Blutdrüsen beherrschenden Sympathikus zustande kommen kann. H. nimmt an, daſs im Anschluſs an prädisponierende Momente, z. B. an schwere Blutverluste, primär eine Störung der

Digitized by Google

Sympathikusfunktion entsteht. Da nun der Sympathikus mit seinen Ganglien ein nutritives Zentrum für Blutdrüsen und Gefäße bildet, so wird durch jede Unterbrechung seiner Leitung eine Ernährungsstörung in diesen Organen hervorgerufen und so der Weg für ihre sekundäre Infektion geebnet; es kommt zu einer degenerativen Entzündung, wie wir sie bei Sklerodermie in den Blutdrüsen und den kleinen Gefäßen der Haut und der Muskeln finden. Stellt sich die Sympathikusleitung frühzeitig wieder her, so kann eine vollständige Restitutio ad integrum erfolgen; im anderen Falle schreitet die Entzündung fort und endet mit Atrophie der Blutdrüsen und kleinen Gefäße und der von ihnen versorgten Gebiete. — Die Sklerodermie ist also nicht in allen Stadien eine reine Neurose. Eine Neurose des Sympathikus bahnt wohl den Weg zum Ausbruch der Krankheit, sie ist aber nicht imstande, allein eine Sklerodermie zu erzeugen; dazu bedarf es noch einer sekundären Infektion von Blutdrüsen und Gefäßen. Lokalisation und Ausdehnung der Sklerodermie sind abhängig von der Lokalisation und Ausdehnung der Sympathikusaffektion: bei Erkrankung eines kleinen nervösen Bezirkes wird auch nur ein begrenztes Gefäßgebiet oder eine Blutdrüse ergriffen, es entstehen disseminierte Herde in der Haut, isolierte Myopathien usw. Vorbedingung für eine diffuse Sklerodermie ist die Erkrankung des ganzen Sympathikus. *Götz-München.*

Ein Fall von circumskripter Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüse, von C. Schwerdt-Gotha. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 11.) Der Verfasser hat in Konsequenz einer komplizierten Theorie, die er vor sechs Jahren über die Entstehung der Enteroptose, der Basedowschen Krankheit, des Myxödems und der Sklerodermie aufgestellt hat, in einem Falle von circumskripter Sklerodermie Mesenterialdrüsen verabreicht und unter dieser Behandlung im Verlaufe von acht Monaten fast vollständige Heilung eintreten sehen. Die Sklerodermie erscheint ihm nunmehr als eine Krankheit, „bei der ein intestinales Toxin in die Chylusgefäße gelangt und bei Ausfall der Funktion der Mesenterialdrüsen oder auch nach Umgehung dieser Drüsen durch den Chylus unverändert sich dem Blute beimengt."

Das Präparat, das Schwerdt verabreichte, wird vom Apotheker Bormann in Gotha aus Mesenterialdrüsen vom Schafe hergestellt; es ist in Form von Pulver und von Tabletten (à 0,3 g) vorrätig; von den Tabletten wurde täglich eine, eine Zeitlang auch zweimal eine gegeben. Wegen Sommerdiarrhoe mußte das Mittel 14 Tage hindurch weggelassen werden, im übrigen wurde es stets gut vertragen. Trotzdem rät Schwerdt, da ihm nur die eine Beobachtung zur Verfügung steht, das Medikament nur unter großer Vorsicht zu verabreichen und es jedenfalls nur bei Sklerodermie nachzuprüfen; in einem Falle von Basedowscher Krankheit schien es nämlich recht schädlich zu wirken. *Götz-München.*

Ein Fall von Sclerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie bei einem neunjährigen Mädchen, von Carl Harm. (Inaug.-Dissert. Rostock 1903.) Im beschriebenen Falle war auch mikroskopisch ein nennenswerter Unterschied zwischen der circumskripten Form und der diffusen nicht zu erkennen. Verfasser hält die Identität der einzelnen Formen daraufhin auch durch den pathologisch-anatomischen Nachweis als sicher gestellt. Da die Ätiologie der Sklerodermie noch völlig unklar ist, hält es Verfasser für nicht verwunderlich, daß die therapeutischen Versuche fast ebenso zahlreich wie erfolglos sind. Am meisten Nutzen scheinen ihm Bäder, Massage und Entfettung der Haut zu bieten. Mehrfach gerühmt wird das Neisser-Juliusbergsche Thiosinamin. Von der Thyreoidinbehandlung sah Verfasser keinen Erfolg. Eine eventuell diätetische Behandlung wird man zweckmäßig durch medikamentöse Tonica: Chinin, Eisen, Arsen usw. unterstützen. Die Diagnose bietet in typischen Fällen, wo alle wichtigeren Symptome vorliegen, keine Schwierigkeiten, kann aber zu

Beginn der Krankheit sehr schwierig sein, wo zum Teil nervöse Symptome vorherrschen, oder aber scarlatinaähnliche oder erysipelatöse, oft auch rheumatische im Vordergrund stehen. Differentialdiagnostisch würde eventuell in Frage kommen: Morbus Addisonii bei starker Pigmentation, Lepra mutilans (Phalangennekrose), die Raynaudsche Krankheit und die Erythromelalgie. *Fritz Loeb-München.*

Über Sklerodermie und Sklerodaktylie, von Wilhelm Mälchers. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) In der Leipziger Hautklinik sind in den letzten Jahren drei Fälle von Sklerodaktylie, von denen einer mit diffuser Sklerodermie kombiniert war, zur Beobachtung gekommen, die manche interessante Momente zeigen, namentlich Anklänge an die Raynaudsche Krankheit und Erythromelalgie, an die Syringomyelie und den Morbus Addisonii. Verfasser gibt die Krankengeschichten dieser Fälle und berichtet im Anschlufs daran über Ätiologie, Verlauf, Prognose, Therapie. Was die letztere betrifft, so wurden in den beschriebenen Fällen Bäder mit Species aromaticae, Massage mit Jodkalium- und Ichthyolsalbe, Krankenheiler Jodbäder, Faradisation und Natrium salicylicum 3,0 pro die angewandt, mit recht bescheidenem Erfolg. Eine systematische, lang fortgesetzte Massage mit entsprechender Hydrotherapie kann nach der Meinung des Verfassers am meisten Anspruch auf Wirksamkeit machen.

Fritz Loeb-München.

Paralysis agitans und Sklerodermie, von Luzzatti. (*Il Morgagni.* 1904. Nr. 12.) Verfasser betont das sehr häufige, ja, das beinahe konstante gleichzeitige Vorkommen dieser beiden Affektionen und hält dafür, dafs es sich um die Assoziation zweier trophischer, motorischer und besonders vasomotorischer Neurosen auf dem Boden einer allgemeinen neuropathischen Beanlagung handelt. Die Veränderungen der Schilddrüse dagegen, welche von einigen Autoren beobachtet worden sind, haben blofs eine sekundäre Bedeutung bei der Bildung dieser Läsionen.

C. Müller-Genf.

Idioneurosen.

Die Behandlung des Pruritus, von Trémolières-Paris. (*Presse méd.* 1904. Nr. 51.) Prophylaktisch kommt bei Personen, deren Pruritus die physiologische Grenze überschreitet, eine genaue Regelung ihrer ganzen Körperökonomie in Frage — Bewegung, Körperpflege, Diät — selten oder keine Seefische, Muschel- und Schalentiere, wenig Geflügel, keine Gewürze und Eingemachtes. Als Getränk ist reines Wasser zu empfehlen, daneben etwas leichtes Bier und Limonade. Cerebrale und medulläre Exzesse sind zu meiden. Auf dem Körper ist nur Leinenwäsche zu tragen. Die Behandlung des Pruritus hat sich auf die ihn bedingende Ursache zu erstrecken. Als interne Antipruriginosa sind zu erwähnen Karbolsäure, Tinctura gelsemii sempervirentis, ein von den Amerikanern empfohlenes, recht gefährliches Mittel, Valerianaextrakt (Brocq), das Atropinsultfat oder -Valerianat (Besnier), die arsenige Säure. Milchsäure (Du Castel). Extern kommen chemische, physikalische und chirurgische in Frage. Einige Formeln chemischer Applikationen seien wiedergegeben.

℞ *Acid. cyanhydric. offic.*	} āā 0,5— 1,0
Hydrarg. bichlor.	}
Cupr. sulf.	1,0— 5,0
Al. carbol.	5,0—10,0
Resorcin.	5,0—20,0
Chloral.	5,0—25,0
Kal. bromat.	5,0—50,0
Aquae	1000,0

Ds. äufserlich zur Waschung.

Digitized by Google

Nach der Waschung pudert man die Haut. Nächtlicher Pruritus wird oft durch Glycerinpräparate günstig beeinflufst. Auf kleine Fläche gibt man manchmal mit Vorteil Cyankaliumpasten (0,2—0,5 : 100,0) und Kokain- oder Belladonnasalben (1 : 100), Kalomelsalben (1—5 : 100,0) oder Hebrasalbe. Das Jucken der Anogenitalgegend wird durch heifse Waschungen und Einläufe günstig beeinflufst; daneben durch medikamentöse Stuhlzäpfchen:

℞ *Butyr. Cacao* 3,00
Cocain. muriat.
Morfin. muriat. aa 0,02—0,03
MDs. für ein Vaginal- oder Analsuppositorium.

Auch der Höllenstein in Lösungen von 1 : 20 bis 1 : 10 wirkt sehr lindernd. Von den physikalischen antipruriginösen Methoden kommen in Frage Luftabschlufs (luftdichte Packungen, Leime, Kollodium u. a.), Hydrotherapie und Elektrotherapie. Chirurgische Eingriffe, wie Kauterisationen und Skarifikationen, sind ebenfalls empfehlenswert. Bei hartnäckigem Anogenitalpruritus ist man neuerdings auf eine Durchschneidung der sensiblen Nerven gekommen. *Hopf-Dresden.*

Die Behandlung von eingewurzeltem Pruritus ani, von C. Ball-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 21. Jan. 1905.) Bei drei Fällen von Pruritus ani, welche jeder sonstigen Behandlung widerstanden, hat B. einen vollen Erfolg erzielt, indem er die zum juckenden Gebiete führenden sensiblen Nervenzweige durchtrennte. Dieses Gebiet des Reizes stellt sich dar als ein die Analöffnung umgebendes Oval, das etwa vom Coccyx bis in die Mitte des Perineum oder bis zur Kommissur beim Weibe sich erstreckt und halb so breit wie lang ist. Nach innen bildet der Übergang zur Mucosa die Grenze. Die diesen Teil versorgenden sensiblen Nervenäste stammen vom dritten und vierten Sakralnerv. Um dieselben zu erreichen, führt B. rechts und links an der Grenze des ergriffenen Gebietes in dessen ganzer Länge je einen nach innen konkaven Schnitt aus, welche aber vorne und hinten eine mäfsige Brücke von Haut zwischen sich bestehen lassen. Von diesen Einschnitten aus, welche bis auf den Sphincter ani hindurchgeführt werden müssen, werden einesteils die den Anus umschliefsenden Hautlappen bis zur Übergangsstelle von Haut und Schleimhaut freipräpariert und anderseits lateralwärts wenigstens 1/4 Zoll weit die umgebende Haut mit Schere oder Messer abgehoben und desgleichen die verbindenden Hautbrücken vorne und hinten in gehöriger Ausdehnung von ihrer Unterlage abgetrennt. Nach sorgfältiger Stillung aller Blutung werden die beiden Schnittwunden durch Nähte geschlossen.

Verfasser will keine endgültigen Folgerungen ziehen aus diesen drei Fällen, aber der Erfolg war höchst befriedigend, namentlich bei dem einen, seit 16 Jahren von dem Übel bis zur Verzweiflung gequälten Patienten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Sekretionsanomalien.

Einige kritische Bemerkungen zur Behandlung der vermehrten lokalen Schweifsabsonderung, von Schuppenhauer-Berlin. (*Medico.* 1905. Nr. 1.) Die früher viel angewandten 5—10 %ige Chromsäurelösungen sind gefährlich wegen der schweren Nierenläsionen, die danach eintreten können. Von dem viel gebrauchten Pulvis salicyl. c. talco rät Verfasser ebenfalls ab, da durch ihn die Maceration der Haut begünstigt wird; nur zum Zwecke der Desodorisation empfiehlt sich ein mäfsiges Einstreuen zwischen Strumpf und Stiefel.

Pinselungen von verdünntem oder gar reinem Formalin machen die Haut trocken und lederartig, wodurch allerdings bewirkt wird, dafs die Schweifsabsonderung eine

Zeitlang sistiert. Wegen des stechenden Geruches ist die Anwendung jedoch nicht angenehm. Sehr gut wirkt eine Verbindung von Gerbsäure und Tannin, das Tannoform. Es wird zu gleichen Teilen mit Talkum vermischt, einige Tage hintereinander nach einem Bade auf die übermäfsig absondernden Stellen eingerieben. Andere Mafsnahmen, wie häufige Bäder, relmäfsiges Wechseln der (wollenen) Strümpfe usw. sind dabei nicht zu vernachlässigen. Vor den in den Zeitungen angepriesenen Geheimmitteln ist nachdrücklich zu warnen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Über einen Fall eigentümlicher Schweifsabsonderung, von N. Platter-Zürich. (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Eine im Klimakterium stehende Frau, die seit 15 Jahren an heftiger, ständig zunehmender Migräne litt und deswegen seit drei Jahren Migränin in sehr grofsen, immer steigenden Dosen nahm, bemerkte in diesen letzten drei Jahren die Absonderung dicken, intensiv braunen Schweifses unter den Armen. Als nach dreiwöchentlicher hydrotherapeutischer Behandlung die Migräneanfälle aufhörten und das Medikament weggelassen werden konnte, verschwand der eigentümliche Schweifs, stellte sich aber am Tage, nachdem einmal wieder ein Migräninpulver genommen worden war, für kurze Zeit wieder ein. Damit war erwiesen, dafs das Migränin die Ursache der Schweifsabsonderung war.

Götz-München.

Zur Ätiologie halbseitiger Störungen der Schweifssekretion (Hyper- und Anhidrosis unilateralis), von Ernst Urbantschitsch-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 49.) U. berichtet von einem 19jährigen Dienstmädchen, das vor $5^1/_2$ Jahren in glühender Hitze ohne Kopfbedeckung eine $^3/_4$ Stunden langen Weg sehr eilig zurückgelegt hatte und nachher zwei Stunden lang in einem kühlem Raume sich aufhielt; als sie den Weg wieder zurückging, merkte sie, dafs die linke Seite trocken blieb und die rechte schwitzte und rot war; dieser Zustand besteht noch. Aufserdem besteht Pupillendifferenz und Temperaturdifferenz zwischen beiden Gesichthälften, die Störung liegt hier also im Halssympathikus der linken Seite, und zwar dürfte es sich vielleicht um kleine Hämorrhagien handeln, so dafs die Läsion hauptsächlich im Bereiche der Schweifsfasern sitzt, und von den Gefäfsfasern die Vasodilitatoren und von den Pupillenfasern nur einzelne getroffen werden. Verschiedene gleiche und ähnliche Fälle, die unter dem Bilde des Hitzschlages laufen, sind in der fleifsigen und lesenswerten Arbeit angeführt und kritisch beleuchtet.

Arthur Rahn-Collm (Sachsen).

Saprophyten und Fremdkörper.

Über die Durchdringung der Larven des Ankylostomum duodenale durch die Haut, von Lambinet-Lüttich. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Verfasser hat die von mehreren Seiten behauptete Möglichkeit der Infizierung mit Ankylostomum auf subcutanem Wege dadurch bewiesen, dafs er einem jungen gesunden Hunde in einer Flüssigkeit suspendierte Larven subcutan in die Bauchhaut injizierte. Das Tier starb nach zwölf Tagen, und im Dünndarm fanden sich eine grofse Zahl von jungen Ankylostomen, alle auf der gleichen Entwicklungsstufe und nicht älter als zehn bis elf Tage. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Infektion mit dem Ankylostoma hominis infolge Eindringens der Larven in die Haut, von Hugo Goldmann - Brennberg. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 2.) Der auf dem so aktuellen und in sozialhygienischer Hinsicht so wichtigem Gebiete der „Wurmkrankheit der Bergleute“ höchst verdienstvolle Autor, hatte für den 25. August 1904 eine internationale Konferenz zur Abwehr der Ankylostomiasis nach Cöln a. Rh. einberufen. Auf dieser hatte Prof. Looss aus Kairo die Tat-

sache kundgegeben, dafs die Infektion mit dem Ankylostoma hominis auch durch Eindringen der Larven durch die Haut stattfinden könne. Durch Kontrollversuche, welche SCHAUDINN in Berlin an Affen angestellt hatte, ist diese Behauptung bestätigt worden. Die Infektion der Tiere gelang durch Auftragen von eingekapseltem Ankylostomalarven auf die Haut; später wurden in den Därmen, zu welchen sie auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen gelangt waren, ausgewachsene Parasiten nachgewiesen. Durch diesen neuen Infektionsmodus kann Verfasser die oft von ihm an Bergleuten wahrgenommene Tatsache erklären, dafs die mit dem feuchten Erdboden der Grube häufig in Berührung kommenden Körperteile oft von Furunkeln und juckenden pustulösen Ekzemen befallen werden. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

Mitteilung über das Vorkommen von Filaria bei den Fidschiinsulanern, von G. W. A. LYNCH - Suva auf Fidschi. (*Lancet.* 7. Jan. 1905.) Verfasser hat bei 608 Patienten im Krankenhaus, von denen acht Kinder unter 14 Jahren, 489 männlichen und 119 weiblichen Geschlechtes waren, Untersuchungen auf das Vorhandensein von Filaria angestellt. Unter den 608 Fällen zeigten 156 (= 25,65 %) die Embryonen. Unter den bei Tag entnommenen Proben ergaben 125 ein positives Resultat, während Nachtproben in 136 Fällen positiv waren, und bei 105 Patienten die Parasiten sowohl bei Tag wie in der Nacht gefunden wurden. Dabei waren nur 16 wegen der durch Filaria bedingten Fieberattacken zur Aufnahme gelangt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Demodex folliculorum SIMON in den Ciliarfollikeln des Menschen, von Frl. STCHERBATCHOFF. (*Thèse de Lausanne.* 1903.) Ohne besonderes Interesse.

Fritz Loeb-München.

Chronische Eiterung der Finger mit Niederschlägen von kohlen- und phosphorsaurem Kalk, von TEODOR DUNIN. (*Gazeta lekarska.* 1904. Nr. 48.) Verfasser beobachtete in der letzten Zeit zwei fast identische Fälle einer bis jetzt unbekannten Krankheit. Es handelte sich um folgendes Krankheitsbild: Patienten klagen über geringes Stechen in den Fingerspitzen; nach einigen Tagen entsteht daselbst ein weifser Punkt, der entweder in Form eines Konkrementes ausfällt oder unter der Haut als eine harte, gelbliche Stelle persistiert. Dieser Zyklus wiederholt sich periodisch durch mehrere Jahre, so dafs die Finger an den betroffenen Stellen bretthart werden.

In einem Falle ist es dem Verfasser gelungen, nach Einstechen einer frischen Stelle einen Eitertropfen zu gewinnen. Unter dem Mikroskop konnte man in dem Eiter zahlreiche Kristalle von kohlensaurem und teilweise phosphorsaurem Kalk erblicken. Der Eiter bestand aus polynukleären neutrophilen Leukocyten; die Kulturen ergaben seine Sterilität. Die chemische Untersuchung ergab ebenfalls, dafs es sich um kohlen- resp. phosphorsauren Kalk handelt; die Murexidprobe fiel negativ aus.

Im zweiten Falle konnte zwar kein Eiter gewonnen werden, doch ergab die chemische Untersuchung den identischen Befund. In beiden Fällen wurden von den Fingern Röntgenaufnahmen gemacht, und die der Arbeit beigeschlossenen Radiogramme zeigen einen deutlichen Schatten an allen Stellen, die den Verdickungen entsprechen.

Vor der näheren Untersuchung der Fälle glaubte Verfasser mit arthritischen Konkrementen zu tun zu haben; die eine Patientin wurde auch deshalb zweimal nach Karlsbad geschickt. Verfasser betont dies, weil er vermutet, dafs auch andere denselben Irrtum begehen, weshalb die Krankheit bis jetzt unbekannt geblieben ist.

Was die Natur des Leidens anbelangt, bleibt es einstweilen unentschieden, warum die Eiterung jahrelang periodisch auftritt und was für eine Rolle dabei den Kalksalzen zukommt. Entweder ist die Eiterung das Primäre, und die Kalksalze entstehen sekundär im Eiter, oder sammeln sich die Kalksalze aus unbekannten Ursachen primär in den Geweben und rufen sekundär eine reaktive Entzündung hervor.

Digitized by Google

Bereits nach Vorstellung der beschriebenen Fälle (in der Warschauer Gesellschaft der Ärzte) wurde von Wildbolz (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis*) ein ähnlicher Fall publiziert. W. unterzog die eingenommenen Hautstücke einer mikroskopischen Untersuchung und nimmt auf Grund derselben an, daſs sich die Kalksalze primär in den degenerativ veränderten Geweben niederschlagen. Verfasser ist eher geneigt, die Eiterung (die im Falle von W. unerwähnt bleibt) als primäre Veränderung anzunehmen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Kenntnis der Anthrakose der bronchialen Lymphdrüsen und der Haut, von Georg Riebold. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) Kasuistik über zwei Fälle. *Fritz Loeb-München.*

Das subcutane Emphysem bei der chronischen Tuberkulose, von Louis Rénon. (*Arch. gén. de Méd.* 1903. Nr. 48.)

Das subcutane Emphysem bei der chronischen Tuberkulose, von Halipré. (*Rev. méd. de Normandie.* 10. Okt. 1904.) In beiden Arbeiten wird geschildert, auf welche Weise von der Lunge aus subcutanes Emphysem entstehen kann. Bei Kontinuitätstrennungen in der Lunge und gleichzeitiger Zerreiſsung der Pleura wird, wenn die Pleurablätter miteinander verwachsen sind, Luft in das Bindegewebe der Brust- und auch der Bauchwand hineingepreſst; so kommt das „amediastinale Emphysem" zustande. Bei Rupturen im Innern der Lunge dringt die Luft in die Maschen des intrapulmonären Bindegewebes und in die peribronchitischen Räume ein und gelangt längs der Gefäſsscheiden in das Mediastinum; es entsteht das „mediastinale Emphysem", das sich weit nach oben und nach unten ausbreiten kann. Die ersten Symptome des mediastinalen Emphysems sind Schmerzen, Dyspnoe, Schlingbeschwerden, Veränderung der Stimme, manchmal sogar völlige Aphonie. Das charakteristische Knistern ist gewöhnlich erst nach zwei bis drei Tagen zu konstatieren, bleibt aber auch manchmal ganz aus, wenn das Emphysem das oberflächliche Bindegewebe nicht erreicht. In schwereren Fällen verschwindet die Herzdämpfung, die Interkostalräume erscheinen verstrichen; zuweilen tritt feines, mit der Systole synchrones Knistern auf. Das mediastinale Emphysem hat im allgemeinen eine schlechte Prognose; amediastinales Emphysem kommt manchmal zur Heilung. (Nach *Journ. d. practic.* 1905. Nr. 6.) *Götz-München.*

Pityriasis versicolor und Microsporon furfur, von Camille Müller. (Inaug.-Dissert. Straſsburg 1903.) Erfolgreiche Inokulationen mit Microsporon furfur sind bis jetzt nur von Spietschka und Matzenauer ausgeführt worden. Beide gelangten erst nach monatelangen vergeblichen Versuchen zu einem positiven Resultat. Die Übertragungsversuche des Verfassers sind vorläufig erfolglos geblieben und werden fortgesetzt. *Fritz Loeb-München.*

Miſsbildungen.

Die Behandlung der circumskripten Naevi, von Variot. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 47.) V. empfiehlt, kleine, oberflächliche Gefäſsnaevi mit einem Bündel von Nadeln zu durchstechen, darauf mit konzentrierter Tanninlösung zu bepinseln, mit einem Höllensteinstift zu überstreichen und zum Schlusse mit Tannin zu bestäuben. Es bildet sich dann ein Schorf, der allmählich abfällt und eine rötliche Narbe hinterläſst; diese verwandelt sich in einen weiſsen, nur wenig sichtbaren Flecken. *Götz-München.*

Die Behandlung der Hypertrichosis. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 8.) Nach einer Aufzählung der verschiedenen epilierenden Pasten, die früher in Gebrauch waren, jetzt aber nicht mehr zur Anwendung kommen, wird auf die Be-

Digitized by Google

handlung mit Wasserstoffsuperoxyd hingewiesen und dann die elektrolytische Epilation kurz geschildert. Auch die Röntgenbestrahlung kommt für die Behandlung der Hypertrichosis wohl in Betracht. ALBERT WEIL (*Journ. d. Physioth.* 15. Januar 1905) empfiehlt, die letztgenannten beiden Methoden in der Weise zu kombinieren, daſs man die Behandlung mit der Bestrahlung beginnt und mit der Elektrolyse beendigt.

Götz-München.

Ein Fall von Hypertrichosis sacralis, von MAX MARCUSE-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 6.) Kurze, mit Abbildung versehene Beschreibung eines Falles von starker Behaarung der Haut über dem Kreuzbein. Die Hypertrichosis stellt eine quergestellte, auf einer Spitze stehende Raute dar; sie ist nach oben und nach den Seiten scharf begrenzt, nach unten geht sie in eine ganz leichte Hypertrichosis der Regio coccygea und der Nates über. Die Haare, deren Spitzen ausnahmslos nach dem Steiſsbein zugerichtet sind, sind gleich den übrigen Körperhaaren dunkelbraun, aber viel weicher als diese; ihre histologische Struktur entspricht ganz der des normalen Haares beim Erwachsenen. Die der Hypertrichosis entsprechende Hautpartie und die Knochenunterlage sind vollständig normal. Die Haare erreichen nach Angabe des Patienten, wenn sie unbeschnitten bleiben, im Laufe weniger Jahre eine solche Länge, daſs sie bis zur Mitte des Oberschenkels reichen. Die Anomalie besteht von Geburt an. Sonstige Abnormitäten weist der Patient nicht auf, Miſsbildungen irgendwelcher Art sind in seiner Familie nie vorgekommen. *Götz-München.*

Enelektrolyse; eine verbesserte Methode der Behandlung von Hypertrichiasis, von BALMANNO SQUIRE-London. (*Lancet.* 25. Febr. 1905.) Das Verfahren, welches S. mit dem Namen Enelektrolyse bezeichnet, besteht im wesentlichen darin, daſs das zu vernichtende Haar zuerst mit der Pinzette herausgezogen wird, und erst dann der Follikel mit der elektrischen Nadel verödet wird. Bei etwas Übung und sorgfältiger Aufmerksamkeit gelingt es unschwer, die Mündung des Follikels im Auge zu behalten, und die Einführung der Nadel geht leicht von statten, wenn man sich nach der Stellung der umgebenden Härchen richtet. Der Vorteil der Methode besteht darin, daſs man nur den Follikel und nicht ein mehr oder weniger groſses Stück der Umgebung verschorft, was bei der sonstigen Elektrolyse leider recht häufig passiert. Ein nützlicher Kunstgriff ist es, das stumpfe Ende der Nadel vorangehen zu lassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Sexuelle Zwischenstufen, von ALBERT MOLL-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1904. I. Jahrg. Nr. 24.) Man unterscheidet die Geschlechter in erster Linie nach der Beschaffenheit der Keimdrüse, und man pflegt danach die Keimdrüse als primären Geschlechtscharakter zu bezeichnen. Der Hoden bildet den primären Geschlechtscharakter des Mannes, der Eierstock den des Weibes. Alle anderen Geschlechtscharaktere, die sonst die beiden Geschlechter unterscheiden, bezeichnet man als sekundäre Geschlechtscharaktere. Zu diesen gehören die Skelettbildung, Kehlkopfbildung, Brustbildung, die Richtung des Geschlechtstriebes, die Bildung der Genitalien usw. Mitunter zeigen sich die sekundären Charaktere eines Geschlechtes beim anderen, man sieht Frauen mit Bart, Männer mit weiblicher Brustbildung usw. Bekannt ist die konträre Entwicklung der äuſseren Geschlechtsteile. Individuen mit Hoden zeigen äuſserlich die Bildung weiblicher Genitalien, solche mit Eierstock die männlicher. Diese Individuen nennt man Scheinzwitter oder Pseudohermaphroditen. Ein wahrer

Digitized by Google

Zwitter, wo sich gleichzeitig Hoden und Eierstock finden, ist beim Menschen mit Sicherheit noch nicht erwiesen. Ebenso wie andere Geschlechtscharaktere oft dem falschen Geschlechte zukommen, so sieht man dies auch bei der Richtung des Geschlechtstriebes. Der Mann fühlt sich dann geschlechtlich zum Manne, das Weib geschlechtlich zum Weibe hingezogen. Man nennt diesen Zustand Homosexualität, oder man bezeichnet die Fälle, wo sich bestimmte Geschlechtscharaktere konträr dem Geschlecht entwickelt haben als sexuelle Zwischenstufen. Verfasser erwähnt dann noch zum Schlusse das Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, dessen Studium er jedem, der sich mit dieser Frage beschäftigt, angelegentlich empfiehlt.

Heinrich Rausch-Darmstadt.

Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von Karl Alfred Schönfeld. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903. 32 S.) Beschreibung eines selbst beobachteten Falles und Anführung von 29 Fällen aus der Literatur.

Fritz Loeb-München.

Enuresis und deren Behandlung, von Julius Ullmann-Buffalo. (*New York med. Journ.* 31. Dez. 1901.) Enuresis ist zwar zuweilen nur das Symptom irgendeiner organischen Erkrankung, wie Diabetes mellitus und insipidus, Nephritis, Cystitis, Oxalurie, Phosphaturie usw., oder die Folge langdauernder, fieberhafter Affektionen, und sollte in jedem Falle diesbezüglich genau untersucht werden, ebenso auf irgendwelche Nervenerkrankung, wie Chorea, Epilepsie, Idiotie, Kretinismus; auch kann sie reflektorisch als Folge von Kachexia strumipriva, von hypertrophischen Tonsillen oder adenoiden Wucherungen, von Refraktionsanomalien, von Hämorrhoiden, von Hernien, Phimosis usw. auftreten, aber im allgemeinen hält Ullmann diese Ursachen für selten. Enuresis ist vielmehr meist eine Neurose, welche durch Muskelatonie, ungenügende Innervation und auch durch Überempfindlichkeit der Rückenmarkszentren, wie Beilby konstatierte, hervorgerufen wird. Die Behandlung teilt Ullmann in eine 1. hygienische (möglichst viel Aufenthalt in frischer Luft, Diät); 2. psychische (Suggestionstherapie der Franzosen) und 3. physikalische oder mechanische, welch letztere ihm besonders gute Erfolge gab und in lokaler Massage zur Stärkung der geschwächten und ungenügend wirkenden Blasenmuskulatur (Detrusor und Sphinkter vesicae) besteht. Das Kind liegt in Steinschnittstellung und der Arzt macht 1. mit dem in das Rektum eingeführten Zeigefinger ½—1 Minute lang leicht streichende Bewegungen gegen den Sphinkter vesicae; dann wird 2. eine tiefe zirkuläre Massage über die Regio hypogastrica zwei bis drei Minuten lang ausgeführt; 3. werden zirka zwei Minuten hindurch je mit Ober- und Unterextremitäten passive Ab- und Adduktionsbewegung gemacht; 4. steht der Patient gegen eine Wand oder Tür und kreuzt die Oberschenkel übereinander und bringt sie wieder zurück — fünf Minuten lang, und 5. wird mit der Hand eine Art Vibrationsmassage an Lumbal- und Sakralgegend ausgeführt, während Patient die Knie kreuzt. Elektrizität ist ein vortreffliches Unterstützungsmittel dieser physikalischen Therapie, wobei der negative Pol auf die Lumbalgegend, der positive auf das Perinäum kommt und ein schwacher galvanischer Strom acht bis zehn Minuten lang angewendet wird. (Und zu all diesen Prozeduren sollten sich Kinder, wenn nicht sehr verständig und in späteren Jahren, bewegen lassen? Ref.) Von allen inneren Mitteln, welche Verfasser immerhin noch für wichtig hält, empfiehlt er besonders warm Atropin in 1 %iger Lösung, davon dreimal täglich 5 gtt. gegeben. In den zwei Beispielen, die er anführt, handelte es sich um Knaben im Alter von zwölf Jahren, welche nach einmonatlicher Durchführung der beschriebenen Therapie völlig geheilt worden seien.

Stern-München.

Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung, von R. Kutner-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1904. Nr. 22.) In einer großen Zahl der Fälle von un-

Digitized by Google

freiwilliger Harnentleerung handelt es sich um einen chronischen Spasmus des Sphinkter vesicae. Starke Harnansammlungen in der Blase führen, wenn sich das periodisch wiederholt, zu Dehnungen der Wandungen und hiermit zur Schwächung des Detrusors. Der normale Antagonismus von Detrusor und Sphinkter wird gestört, letzterer gewinnt immer mehr die Oberhand, bis er in eine Art chronischen Kontraktionszustand gelangt.

Die Ursachen sind bei Kindern und Erwachsenen völlig die gleichen. Es ist von der Umgebung bei schlecht gehaltenen Kindern oder von den Patienten selbst ein regelmäfsiges und rechtzeitiges Entleeren der Blase versäumt worden, hierdurch ist ein habituelles Verhalten des Harns anerzogen worden. Bei Kindern spielt die Schule eine grofse Rolle, wenn unvernünftige Lehrer das rechtzeitige Hinausgehen verbieten; bei Frauen ist es oft falsche Scham, die zum stundenlangen Zurückdrängen der Harnentleerung veranlafst, bei Männern endlich ist es häufig die berufliche Tätigkeit, die zu einem habituellen Verhalten des Harns Veranlassung gibt. — Die Behandlung, welche eine sehr dankbare ist, hat die Sphinkterkraft zu schwächen und die Kraft der distendierten Detrusormuskulatur zu stärken. Dies geschieht einesteils durch allmähliche Dilatation mittels Metallsonden und anderseits dadurch, dafs die Patienten angehalten werden, in regelmäfsigen Abständen (etwa alle zwei bis drei Stunden), ob Drang vorhanden oder nicht, zu urinieren. — Sorgfältige Aufnahme der Anamnese und zielbewufste instrumentelle Untersuchung werden die Diagnose nicht allzu schwer ermöglichen. *Heinrich Rausch-Darmstadt.*

Die Wichtigkeit des Cystoskops bei der Chirurgie der Urogenitalorgane, von Follen Cabot-New York. (*Med. News.* 21. Januar 1905.) C. hebt in erster Linie hervor, dafs das Cystoskop als diagnostisches Hilfsmittel zwar wertvolle Dienste tut, dafs daneben aber all die anderen (chemischen, histologischen und bakteriologischen) Untersuchungsmethoden zu vollem Rechte bestehen. Die Cystoskopie erfordert eine sichere Hand, viel Erfahrung, grofse Geduld und Zeitaufwand; Farbenblindheit irgendwelcher Art macht die richtige Deutung des cystoskopischen Bildes nahezu unmöglich. Die Anwendung von Kokain in 1%iger Lösung leistet bei vielen Patienten wertvolle Dienste, ohne dafs C. je irgendwie schlimme Folgen davon erlebt hätte. Bei Lithiasis kann die Cystoskopie von Vorteil sein in Fällen, wo der Stein eingekapselt in einem Divertikel der Blase oder Ausbuchtungen derselben liegt, oder wenn man nach der Litholapaxie noch nach Steintrümmern sucht. Die Anwesenheit von Steinchen in den Ureteren oder im Nierenbecken kann mit Hilfe von Kathetern nach Kellys Methode, wobei aber C. die Metallkatheter, mit Wachs bestrichen, vorzieht, oft entdeckt werden; die X-Strahlen können in vielen dieser Fälle noch zur völligen Klärung der Diagnose dienen. Die Cystoskopie ist zwar von Nutzen zur Auffindung von Neubildungen in der Blase, man mufs aber dabei sehr vorsichtig sein, da manche (gestielte) Geschwülste leicht bluten und die Blase Instrumentierung oft sehr wenig verträgt. Bei Tuberkulose der Harnorgane wird das Leiden durch die Untersuchung häufig verschlimmert, dieselbe sollte daher in solchen Fällen möglichst wenig zur Anwendung kommen. Das Cystoskop schien C. von geringem Nutzen, um die Gröfse der Prostata oder einen sogenannten dritten Lappen zu erkennen, hingegen von grofsem Vorteil zur Erkennung von Fremdkörpern in der Blase, besonders beim weiblichen Geschlecht. In einer ausgedehnten Erfahrung mit dem Cystoskop und der Ureterenkatheterisierung erlebte Verfasser nie schlimme Folgen von deren Anwendung; immerhin ist dabei weise Beschränkung auf auserlesene Fälle und eine zur Technik geschickte Hand unbedingt erforderlich.

Stern-München.

Digitized by Google

Kathetersterilisator, von Dreuw-Hamburg. *(Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 44.) Beschreibung eines neuen Kathetersterilisators, in dem der Dampf das Lumen der frei hängenden Katheter passieren mufs. Der Apparat, in dem gleichzeitig bis zu 100 Katheter sterilisiert werden können, läfst sich auch zum Sterilisieren von Verbandstoffen verwenden; er wird von F. & M. Lautenschläger-Berlin N. hergestellt.

Götz-München.

Über Helmitol, ein neues Harndesinfiziens, von Glass-Budapest. *(Wiener klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 50.) Verfasser rühmt die vorzügliche Wirkung des Helmitols bei allen Erkrankungen des Urogenitalapparates, einschliefslich der blennorrhoischen. Während Urotropin bei ammoniakalischer Beschaffenheit des Harns versagt, wirkt Helmitol sowohl bei alkalischer als auch bei saurer Reaktion des Urins. Vom Magendarmtraktus wird es selbst in gröfseren Dosen (4—5 g per die) sehr gut vertragen. Zu Blasenspülungen benutzt man 1—2%ige Lösungen.

Katzenellenbogen-Düsseldorf.

Über Phimosis acquisita, von Rille-Leipzig. *(Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 48.) In diesem „klinischen Vortrag" bespricht Verfasser die verschiedenen Formen der Phimosis acquisita, je nachdem sie durch Balanitis, Tripper, weichen oder harten Schanker, oder durch Herpes progenitalis, Balanitis diabetica, spitze Condylome oder Carcinome verursacht ist, und ihre differentielle Diagnose. — Der häufigeren, meist durch Manipulationen des Kranken hervorgerufenen traumatischen Paraphimose stellt Verfasser die symptomatische gegenüber, die ohne Zutun des Kranken zustande kommt, und zwar besonders bei syphilitischen Primäraffekten beobachtet wird. Diese Form der Paraphimose unterscheidet sich von der traumatischen vor allem dadurch, dafs der gangränöse Zerfall an der Einschnürungsfurche ausbleibt und Schmerzhaftigkeit, Ödem und sonstige akute Erscheinungen fehlen. Die Reposition ist daher hier zwecklos. — Bei drei bis fünf Tage alten traumatischen Paraphimosen hat Verfasser als fast konstantes Symptom einen schleimig-eiterigen Harnröhrenausflufs beobachtet, der einen Tripper vortäuschen kann. Dieser Ausflufs entsteht jedenfalls durch eine der Einschnürungsstelle an der Harnröhre entsprechende circumskripte Entzündung oder leichte Gangräneszenz. *A. Loewald-Kolmar.*

Die Hypospadia glandis, von Broca. *(Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 50.) Der Artikel ist auch in den *Ann. génito-urin.* (1905. Nr. 1) erschienen und wurde nach dieser Zeitschrift referiert. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Lehre vom Peniscarcinom, von Ernst Tägtmeyer. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1904.) Nach einleitenden klinischen, ätiologischen und therapeutischen Erörterungen bringt Verfasser ausführliche Krankengeschichten von 24 Fällen, die von Braun operiert wurden. *Fritz Loeb-München.*

Epitheliom des Penis im Verein mit Leukoplakie, von R. H. Paramore-London. *(Brit. med. Journ.* 5. Nov. 1904.) Als ätiologische Momente waren vielleicht ein enges Präputium und ein langer Aufenthalt in den Tropen zu beschuldigen. Patient war ein 53jähriger Ingenieur, hatte lange über Juckreiz am Praeputium zu klagen gehabt und hat auch eine gewisse weifsliche Verfärbung des Innenblattes desselben seit wenigstens zehn Jahren bemerkt. Etwa zwei Monate vor der Aufnahme bemerkte er dort auch ein kleines, warziges Gewächs, und seitdem wurde auch die weifse Verfärbung intensiver. Die erkrankten Teile wurden mit Erfolg operativ entfernt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die plastischen Indurationen der Corpora cavernosa, von A. Chevallier. *(Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 198.) Die Indurationen des cavernösen Gewebes entstehen durch partielle Umwandlung erektilen Gewebes in fibröses. Sie treten in Knoten-

Digitized by Google

oder Plattenform auf. Ätiologisch kommen Syphilis, Blennorrhoe und Trauma in Betracht. Sie können auch bei Individuen mittleren Alters primär auftreten, gelegentlich auch bei Diabetes und Gicht. Die Entwicklung ist langsam und schleichend und wird vom davon Befallenen kaum wahrgenommen. Die Symptome bestehen in Deviation, Krümmung und Deformität des erigierten Penis. Aufserdem kommt es zu Verringerung des Kalibers des Organs, Ejakulationsstörungen, Abnahme der Erektilität. Es können so schwere Störungen der Kohabitationsfähigkeit und des Gemütszustandes eintreten. Mit Elektrizität lassen sich Erfolge bei dieser Affektion erzielen, die man bis vor kurzem für unheilbar gehalten hat. *Fritz Loeb-München.*

Über idiopathischen, protrahierten Priapismus, von Karl Goebel. (*Mitteil. aus d. Grenzgeb.* XIII, 4 u. 5.) Es handelt sich um einen 38jährigen Italiener, bei dem ohne etwa vorherige Erkrankung ein fast acht Wochen dauernder Priapismus auftrat. Durch Inzision in die Corpora cavernosa entleerte sich coaguliertes Blut, nach kurzer Zeit Restitutio ad integrum. Wir dürften es hier mit einer Verletzung eines Penisgefäfses sub coitu zu tun haben, da Patient grofsen Abusus desselben zugibt. Nach Taylor gibt es folgende Ursachen für Priapismus:

1. bei Kindern: Phimose, Blasen-Urethralsteine, Mastdarmwürmer;
2. bei Erwachsenen: Harnröhrenstrikturen, Cystitis und Retentio urinae, Blasensteine;
3. Blennorrhoe;
4. Verletzung des Perineums und Rückenmarks, Erkrankung des zentralen Nervensystems, alkoholische und sexuelle Exzesse, Leukämie;
5. Intoxikation und Canthariden.

Den bisher bekannten leukämischen Fällen reiht G. einen neuen an; er betrifft einen 40jährigen Mann, der vor 28 Jahren Lues gehabt; seit 1904 Leukämie festgestellt. Schon seit 1902 Anfälle von länger andauernder Erektion bei Nacht, ohne Schmerzen, ohne Wollust und ohne erotischen Traum. Seit März 1904 stärkere Anfälle, im Mai Inzision; es entleerte sich nach Bacterium coli übelriechendes Blut. Anatomisch handelt es sich meist um eine übermäfsige Füllung der Corpora cavernosa, bedingt durch Thrombose, die sich vielleicht sekundär an einen primären ursächlichen Blutergufs anschliefst. G. nimmt eine Verletzung während der Erektion an. Was die Therapie betrifft, so macht man kleine Inzisionen, und zwar nach etwa drei bis vier Wochen, da dann noch eine spontane Relaxation des Priapismus erfolgen kann. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Zwei Fälle von primärem Erysipelas gangraenosum penis et scroti, von Hans Schulz. Aus der mediz. Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. Charité in Berlin: Professor Lesser. (Inaug.-Dissert. Berlin 1903.) Verfasser führt fünf Fälle von primärem Erysipelas gangraenosum penis et scroti an; aufser diesen findet sich, besonders in der französischen Literatur, eine ganze Reihe von Veröffentlichungen über ähnlich verlaufende Fälle, die aber von den Autoren als Gangrène foudroyante bezeichnet wurden. Als charakteristische Symptome werden das spontane (!) unerwartet schnelle Eintreten der Gangrän, die stürmischen Begleiterscheinungen, das diffuse Ödem u. a. in den benachbarten Bezirken angegeben. Dasselbe hat Verfasser bei den beiden von ihm beschriebenen Fällen beobachtet, bei denen es sich nach den bakteriologischen Befunden und dem ganzen Verlaufe beider Erkrankungen mit Bestimmtheit um Erysipelas gangraenosum handelt. Er hält es deshalb für natürlich, dafs die grofse Ähnlichkeit zwischen beiden Krankheiten immer wieder Zweifel aufkommen läfst, ob überhaupt Berechtigung vorliegt, die sogenannte Gangrène foudroyante als eine besondere Krankheit aufzufassen, zumal wenn man bedenke, mit welchen Schwierigkeiten eine einwandfreie Beobachtung verbunden sei.

Digitized by Google

Die lokalen und allgemeinen prodromalen Erscheinungen, Brennen und Schmerzen im Hodensack, führen den Patienten nur selten zum Arzt; hatte dieser aber wirklich Gelegenheit zur Beobachtung von Anfang an, so erschwert die starke Pigmentierung des Skrotums die richtige Diagnose, besonders da in den meisten Fällen die Gangrän dem voraufgegangenen Erysipel so schnell folgt, dafs der Eindruck erweckt wird, als ob die Gangrän ohne eine bestimmte Ursache, scheinbar spontan, entstanden ist. Bei Berücksichtigung aller dieser Umstände ist die Ansicht der französischen Autoren, bei den von ihnen beobachteten Fällen läge eine bisher unbeobachtete Krankheit, die Gangrène foudroyante, vor, wohl begreiflich. Verfasser schliefst sich jedoch dieser Meinung nicht an, glaubt vielmehr, dafs es sich in der weitaus gröfsten Anzahl der Fälle um ein übersehenes Erysipel mit ungemein rasch folgender Gangrän gehandelt hat. *Fritz Loeb-München.*

Die Urethritiden der kleinen Knaben, Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1904. Nr. 44.) Kurze Bemerkungen über die tuberkulösen und blennorrhoischen Urethritiden der kleinen Knaben. Neues bringt der Aufsatz nicht.

Götz-München.

Zwei Beiträge zur Harnröhrenchirurgie: 1. Über Harnröhrenresektion bei polypösem Sarkom der Pars bulbosa; 2. Über Harnröhrenregeneration nach Defekten im Gefolge von Strikturen, von Ernst Paege. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1903.) Die Kasuistik der gutartigen Geschwülste setzt sich nur aus zwölf Fällen zusammen, die Verfasser anführt; ebenso bringt er die Kasuistik der primären Carcinome, welche durch die histologische Untersuchung diagnostisch sichergestellt sind (18 Fälle) in Form einer Tabelle. Dann folgt eigene Kasuistik.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zum Studium des Epithelioms der Urethra des Mannes, von A. Malaussène. (*Thèse de Montpellier.* 1904. Nr. 19.) Ohne Besonderheiten.

Fritz Loeb-München.

Über eine eigenartige kongenitale Harnröhrenfistel, von Rudolf Paschkis-Wien. (*Wien. klin. Wochenschrift.* 1904. Nr. 47.) Es handelt sich um einen achtjährigen Knaben mit einer Anomalie des Penis, die schon seit Geburt bestehen soll, aber erst mit dem zweiten Jahre bemerkt wurde. Es besteht hier ein Defekt in der Haut der Unterseite des Penis, proximal und distal davon ein Freiliegen des Corpus cavernosum urethrae, ferner eine Spaltung der Harnröhre beziehungsweise des Corpus cavernosum derselben (doppelte Spaltung ?) an gewöhnlicher Stelle. Einen Analogiefall fand P. in der Literatur nicht. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Zur Kasuistik der Urethralfremdkörper und der Strangulation des Penis, von Leo Lomer. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.) In der chirurgischen Klinik von Trendelenburg sind seit 1895 sechs Fälle von Fremdkörpern in männlicher Harnröhre und im Penis aufgenommen und behandelt worden und daneben noch zwei Fälle von Penisumschnürungen. An der Hand der acht Fälle gibt Verfasser in kurzen Zügen eine kleine Zusammenstellung von bisher veröffentlichten Fremdkörpern mit ihrer Ätiologie, Prognose und Therapie. Zuerst werden die Fremdkörper der männlichen Urethra behandelt und dann zu den Fällen übergegangen, in denen es sich um das Abbinden und Abschnüren des Penis handelt. Interesse beanspruchen besonders die beiden letzteren Fälle; sie schildern in sehr anschaulicher Weise die Hauptursache der Penisincarceration; einmal kommt die Onanie in Betracht, das andere Mal das Umschnüren des Penis von bettnässenden Kindern aus Furcht vor Strafe. Als Gegenstände, die zum Umschnüren des Gliedes gebraucht werden, kommen mehr oder minder alle Bindematerialien und ringförmigen, nicht zu weiten Dinge in Betracht. Nach Kaufmann sind gefunden und veröffentlicht

Digitized by Google

worden: Faden, Haare, schmale Bänder, Schnüre, Ringe, eiserne Schraubenmutter, Schlüsselring, kupferner Ring, dicke eiserne Zwinge, zweimal Fingerringe, Feuerstahl, Dille einer Feuerschippe, eines Bajonetts, eines Leuchters, gläserner Flaschenhals, Priapusring. Verfasser hat folgende weiteren Mittel finden können: eine Feilenzwinge, eine eiserne Stange mit dem Gewichte von 4½ kg. in deren Mitte sich ein Loch befand, eine Gasmuffe, etliche Stahlringe, mehrere Male Schraubenmuttern, einen Hammer aus Stahl, ein Kugellager, von einem Zweirad herrührend.

Fritz Loeb-München.

Zwei interessante Fälle von Harnröhrenstrikturen, von J. W. Dowden-Edinburgh. (*Scottish Med. and Surgical Journ.* 1905. Nr. 3.) Bei einem 65jährigen Manne, der seit 11 Jahren an einer Striktur litt und sich wenig danach hielt, zeigten sich sechs Monate hindurch zunehmende Strikturbeschwerden, bis eines Abends das Harnlassen völlig gehemmt war, so daſs zunächst der Blasenstich gemacht werden muſste. Die untersuchende Sonde ging nur bis zur Pars membranacea, so daſs daselbst unter Lokalanästhesie die Urethrotomia externa gemacht werden muſste. An der oberen Wand der fibrös-strikurierten Stelle der Harnröhre trat ein gelblich-roter Fleck zutage, der einer fettigen Degeneration der Schleimhaut entsprach, und daselbst konnte man einen kaum stecknadelkopfgroſsen Uratstein herausstoſsen, der in die Striktur eingekeilt war; nach dessen Beseitigung konnte man leicht bougierend bis zur Blase vorgehen. — Ein anderer Fall betraf einen 42jährigen Patienten, der vor 20 Jahren eine Harnröhrenblennorrhoe hatte und seit einigen Jahren oft an Harndrang und Schwierigkeit beim Urinlassen litt. Einmal war schon eine vollständige Strikturierung und ein Perinealabsceſs eingetreten, und diesmal war schon seit sechs Monaten der Harn nur tröpfelnd abgegangen. Unter Lokalanästhesie (1%ige Eucainlösung mit Adrenalin) erreichte man zunächst, daſs die Striktur, hinter welcher man eingespritzt hatte, abschwoll und nunmehr wenigstens einen wenn auch dünnen Strahl von Urin durchlieſs; danach konnte man leicht den Zugang herausfinden, durch welchen man zur Blase gelangte. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

Verschiedenes.

Röntgen-Nomenklatur. Am 2. Mai 1905 hat der in Berlin tagende Röntgen-Kongreſs beschlossen, eine einheitliche Nomenklatur der Röntgenologie für die Kongreſs- und Schriftsprache einzuführen. Folgende Bezeichnungen sollen in Zukunft verwendet werden:

Röntgenologie — Röntgen-Lehre, Röntgen-Wissenschaft,
Röntgenoskopie — Röntgen-Durchleuchtung,
Röntgenographie — Röntgen-Aufnahme,
Röntgenogramm — Röntgenbild
 a) Röntgennegativ,
 b) Röntgenpositiv,
 c) Röntgendiapositiv,
Ortho-Röntgenographie,
Röntgentherapie — Röntgen-Behandlung,
Röntgenisieren — mit Röntgenstrahlen behandeln.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abscefs 40. 51. 314.
— des Beckens (Wechselmann) 26.
—, klinisches Bild des Morbus Addisonii zeigend (Moleen) 617.
— der Prostata, Therapie (Warschauer) 37.
Abscesse, multiple 528.
Abolitionismus und Hygiene (Meissner) 319.
Abschuppen im Gefolge von Ptomainvergiftung (Goodman) 346.
Absterben der Finger 66.
Acetonkollodium 120.
Acrodermatitis atrophicans (Ehrmann) 397; (Herxheimer) 456.
Adenocarcinom des Nabels (Hertz) 583.
Adenofibrom 216.
Adenoma sebaceum 52.
— Sektionsbefund (Pelagatti) 129.
— disseminatum (Felländer) 645.
—, Klinik und Anatomie des sogenannten (*Poòr) 379.
Adenomata 217.
Adenomyom 216.
Adrenalin 32. 138. 142. 172. 336. 354. 465. 467. 619. 646. 676.
Affektion, nicht näher gekannte (Spiegler) 396.
Agglutination (Bourcart) 355.
Ägyptische Steine 210.
Airol 601. 622.
Akanthoma adenoides cysticum 384.
Akanthophile Haut 146.
Akanthosis nigricans 290.
— im Gefolge eines Brustkrebses (*Hodara) 629.
Akariasis, von Tieren stammend, beim Menschen (Bosellini) 610.
Akne 30. 54. 62. 64. 65. 175. 238. 246. 275. 290. 291. 314. 328. 337. 427. 525. 576. 596. 640.
— cornée 473.
— foetalis (Jacquet und Rondeau) 320.
Akne, Furunkulosis und Sykosis, Behandlung mit Inokulation von Staphylococcusvaccine (Wright) 149.
— indurata 56.
— keratosa (Gottheil) 148.
— necrotica 26.
— rosacea s. Rosacea.
— teleangiektodes (Möller) 460; (Pick) 29. 30.
— urticata (Waelsch) 193.
— varioliformis s. Folliculitis varioliformis.
— vulgaris 50. 101. 336; Ätiologie und Pathogenese bei (Daccò) 611; Bakteriologie (Söllner) 148.
Aknekeloid (Buschke) 601.
Aknelupus 586.
Aknitis Barthélemy (Pick) 29. 30.
— tuberculosa 134.
Aktinomykosis 270. 394. 408. 530. 577. 645.
— der Finger (Massaglio) 534.
— der Genitalien (H iot) 534.
— cutis, geheilt durch Jodipin (Börner) 534.
— bei Kindern (Carr, Johnson und D'Arcy Power) 153.
— des äufseren und mittleren Ohres (Vielle) 534.
— der Zunge (Schwienhorst) 534.
—, klinische Studien über (Knox) 154.
Aktinomykotische Panaritien; Aktinomykose der Finger (Malard) 534.
Aktol 610.
Akutes Exanthem, ein neues (Pospischill) 73.
Albargin 38. 202. 231. 285. 459. 610.
— bei Blennorrhoe (Schroup) 319.
Albuminurie (Gaucher) 655.
—, alimentäre 221.
—, Behandlung der (Huchard und Fiessinger) 222.
— bei Beingeschwüren (Gaucher) 291.
—, funktionelle (Armstrong) 220.
— im Kindesalter (Reimer) 220.

Albuminurie, Pathogenese und Semiotik der (Lancereaux) 572.
Aleppobeule 609.
Alkaptonurie (Zimper) 222.
Alkohol und Syphilis in ihrer Beziehung zur progressiven Paralyse (Grote) 521.
Allgemeinbehandlung bei Hautkrankheiten (Pisko) 56.
Alopecia 348. 596; (Gaucher) 655.
Alopecia areata 27. 56. 62. 340. 405. 577; (Pinkus) 125; (Moberg) 460.
— geheilt durch Hochfrequenzströme (Gay) 163; (Verdani) 624.
—, Vorstellung von Resultaten der Eisenlichtbehandlung (Kromayer) 624.
Alopecia atrophicans 320; (Brocq, Lenglet und Ayrignac) 500. 570.
— congenitalis 624; (Drelle) 291.
— pityrodes 50.
— seborrhoica 22. 24.
— syphilitica 134.
— totalis, Heilerfolg (Kromayer) 25.
Alopecie, dauernde 68.
—, pseudocircatricielle 405.
Alopecien, experimentelle, nach Anwendung von Thalliumacetat (Lutati) 611.
Alternieren von Hautkrankheiten mit Krankheiten innerer Organe 133.
Amaas oder Milchpocken der Kaffern (Korté-Graaff) 76.
Amicus 202.
Anetodermia Jadassohns (Oppenheim) 463.
Aneurysma 500. 658.
— aortae auf luetischer Basis (Krämer) 520.
— arterio-venosum spurium carotidis et jugularis internae (Ritscher) 356.
— der Bauchaorta (Bornstein) 520.
— lueticum (Wiesmüller) 520.
— und Gefäßerkrankung der Aorta (Gaucher) 655.
Angina follicularis 534; (Einis) 568.
— Plaut-Vincent (Róna) 578. 644.
Angioma 155. 160. 194. 336. 338. 339. 340. 621.
—, Radium bei (Schmidt) 24.
—, Histologie des (Bing) 160.
— bei ganz jungen Kindern, Behandlung des (Georghieff) 615.
Angiokeratom Mibelli (*Rau) 439.
Angiomyom (Migliorini) 610.
Angiosarkome 194.
Angulus infectiosus (Pospelow) 602.
Anilinfarbstoffe, Vergiftung durch (Stone) 333.
Ankylostoma hominis (Goldmann) 667.
— duodenale (Lambinet) 667.
Anorchidie 213.
Anthrakose der bronchialen Lymphdrüsen und der Haut (Riebold) 669.
Anthrarobin 638.
Anthrasol 525. 526; (Silberstein) 64; (*Toff) 638.
— und Oleum cadinum (*Mibelli) 119.
Anthrax 515. 579.
— der Haut, erfolgreich behandelt mit Sclavoschem Serum (Lockwood und Andrewes) 579.
—, Infektion einer komplizierten Fraktur mit (Paterson) 152.
—, Serumbehandlung des (Baudi) 578.
— (Pustula maligna), Behandlung mit Sclavoschem Serum (Stretton) 579; (Bowlby und Andrewes) 579.
— des Vorderarms; Exzision; Heilung (Kerr) 578.
—, Vortäuschung eines 411.
Antikonzeptionelle Mittel 286.
Antisyphilitika, empfehlenswerte neuere (Weitlaner) 116.
Antwort an Blaschko auf seine Kritik meiner allgemeinen Auffassung der Hautkrankheiten (Brocq) 132.
Aortitis, Tabes und allgemeine Paralyse (Massary) 659.
Aphonie, totale, Plaques muqueuses, Leukoderma (Gaucher) 656.
Appendicitis, chronische, mit Hautsymptomen (Fournier) 292.
Area Celsi s. Alopecia areata.
Arhovin als Antiblennorrhoikum (Silberstein) 606.
—, ein neues Antiblennorrhoikum (Strauss) 48.
Armenärzte und Prostitution 40. 41.
Arrhenique (Clin) 653.
Arsenigsäure-Anhydrid, kaustische Wirkung auf die epithelialen Gewebe (*Pasini) 299.
Arsenikwirkung (Behrmann) 50.
Arteriosklerosis syphilitica, Ursprung der (Drennen) 141.
Arteriitis syphilitica (Darier) 662.
Arthritis purulenta staphylomycotica 54.
Arthropathia psoriatica (Möller) 457.
Artifizielle Dermatitiden 472; — durch Pflanzen bedingt (Hoffmann) 70.
— Hautgangrän bei Hysterischen (Lewontin) 353.
Arzneiexantheme 576.
Aspirinexanthem (Heinrich) 346.
Asthma nervosum und Hautkrankheiten (Bayet) 292.
Atherome 83. 519.
Atlasholz, akute Dermatitis durch (Jones) 70.
Atrophia cutis idiopathica 604; (Brüning) 26; (Kreissl) 31; (Ehrmann) 462; (Lehmann) 627.
— progressiva und ihre Beziehungen zur Sklerodermie (Metscherski) 627.
Atrophie, entzündliche, des subcutanen Fettgewebes (Kraus) 195.

Digitized by Google

Atrophie der rechten Gesichtshälfte und elephantiastischen Verbildungen (Varicen) der rechten Unterextremität und des Scrotums (Wechselmann) 393.
— der Haut und glatten Muskulatur, senile und präsenile (Vignoli-Lutati) 645.
— der Muskelm (beim Gelenktripper) 229.
Atropin bei Urticaria 56.
Äthylchlorid 314.
Äthylenklycol 342. 343.
Auslecken der Augen 424.

Babinskisches Phänomen 140.
Bacilli acidi und ihr Vorkommen auf der Haut (Campana) 329.
Bacillus Ghon und Sachs 530.
— hastilis oder fusiformis 578.
— pseudotuberculosus 330.
— pyocyaneus 153. 649.
— des malignen Ödems 152; (Bachmann) 530.
Bacterium coli 41. 80. 153. 208. 216. 279. 315. 316. 398. 649. 674.
— commune und Schwefelwasserstoffgärung des Harns (Doctor) 38.
Bakteriurie 169. 315. 316.
Badefriesel 596.
Balanitis 472. 511. 673.
Basedowsche Krankheit 165. 406. 664; (Moleen) 618.
Beausche Linien 358.
Belladonnapflaster, Vergiftung mit (Sanders) 341.
Beriberi 270.
Bestrahlungslampe, dermotherapeutische (Jessionek) 173.
Bětă (Ziemann) 643.
Bierhefe bei Furunkulosis 56.
Biersche Stauung 318; (Laqueur) 230.
Bietts Collarette und das Satellitensyphilid (Ohmann-Dumesnil) 139.
Blah 253. 254. 257. 272. 273.
Blase, Fremdkörper der (Pappa) 290.
—, Neubildungen der (Pfluger) 208.
Blasenaffektionen 467.
Blasenkatarrh s. Cystitis.
Blasenmastdarmfistel 209.
Blasenrupturen 208; (Caeter) 208.
—, subcutane, und deren Behandlung (Pachmayer) 208.
Blasenspülung mit Formalin (Allen) 326.
Blasensteine (Bartisch) 296.
—, Lithotripsie bei (Milton) 210.
Blasensteinbildung um Seidenfäden nach der Blasennaht und ihre Verhütung (Berg) 279.
Blasensteinoperationen 120; (Southam) 210.
Blasenstörungen 653.
Blasentenesmus 357.
Blasentuberkulose 466.
Blasentumoren, Frühdiagnose (Lockwood) 208.
Blastomykosis 460.
— des Augenlides (Wilder) 528.
Blennorrhagische Erosionen der Vulva (Gaucher) 655.
Blennorrhoea 26. 36. 32. 37. 42. 48. 124. 130. 172. 173. 180. 181. 183. 184. 185. 189. 190. 201. 207. 213. 214. 215. 216. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 282. 283. 284. 285. 317. 320. 323. 325. 404. 405. 427. 428. 449. 457. 461. 467. 478. 496. 498. 500. 511. 512. 606. 607. 609. 649. 653. 657. 658. 673. 674. 675. 676.
— neonatorum, Häufigkeit und Verhütung (Wintersteiner) 228.
—, Abortivbehandlung der 38; (Strauss) 318.
—, Behandlung, heutiger Stand (Gross) 324; (Wetherby-Wilker) 327.
—, Behandlung mit Albargin (Schourp) 319.
—, Behandlung der 65; — der akuten (Jadassohn) 230.
—, Einflufs des Gonosans auf die (Melun) 316.
—, Ichtharganbehandlung der (Winckler) 233.
—, Neuralgien nach 229.
—, Wert der modernen Instillationsprophylaxe bei (Campagnolle) 283.
—, Erwiderung auf Campagnolle: Moderne Instillationsprophylaxe der (Blokusewski) 287.
—, interne Behandlung der (Lubowski) 232.
—, Behandlung beim Weibe (Kleinertz 35.
—, prophylaktische Mittel bei (Cronquist) 459.
Blennorrhoea chronica, Bakterienbefunde bei (v. Hofmann) 279.
—, Schanker, sekundäre Syphilis und Facialislähmung (Gaucher) 654.
—, Silbersalze bei (Baum) 233.
—, Anwendung der Silberpräparate (speziell der modernen) bei (R. Loeb) 317.
— des Uterus, Behandlung mit Lygosinnatrium (Müllern-Aspegren) 461.
— des Weibes, latente (Bernheim) 228.
— beim Manne, Behandlung der chronischen (Klotz) 323.
Blennorrhoespritze 180.
Blennorrhoische Arthritis (Schuster) 317.
— Basis von Organerkrankungen des Nervensystems (Koelichen) 229.
— Cystitis 208.
— Helmitol, Hetralin und Acidum nitricum bei (Bindermann) 47.
— Dermatosen 54.
— Entzündung des Sternoclaviculargelenks (Larson) 230.

Blennorrhoische Epididymitis, Abscefs und Nekrose des Hodens (Buschke) 394.
— Frauen, puerperale Erkrankungen der 230.
— Gelenkerkrankungen, Behandlung mit BierscherStauungshyperämie (Laqueur) 230.
— Infektion präputialer und paraurethraler Gänge (Heberle) 228.
— Iritis 317.
— Mastitis 230.
Blinddarmentzündung, einige Hauterscheinungen bei chronischer (Fournier) 54.
Blutcysten, angeborene, des Halses (Grossmann) 616.
Blutstillendes und blutverbesserndes Mittel 50.
Boddaertscher Segregator 322.
Bordelle und Bordellstrafsen (Wolff, Stachow, Düring, Fabry, Hippe, Fürth) 451. 545.
Bordellfrage, Stellung der Bürgermeister der gröfsten Städte Frankreichs zur (Butte) 501.
— vom Standpunkte des Juristen (Hippe) 551.
Botryomycosis (Poncet und Dor) 96.
Bottinische Operation 98.
—, Erfahrungen in der Bonner chirurgischen Klinik über die (Thomas) 218.
— als Palliativverfahren (Fürstenheim) 216.
—, physikalische Versuche zur Erklärung einer bisher nicht gewürdigten Gefahr der (Rosenstein) 219.
Boubas 270. 276. 509; (Breda) 267.
Branchiogene Neubildungen (Fischi) 649.
Brandliniment, Stahlsches 349.
Brandmethoden, neue (Strebel) 334.
Brandnarben 643.
Brandwunden 527. 528.
—, Behandlung der (Bardeleben) 349.
Brandwundenbehandlung mit Serumverbänden 350.
Brennglasätzung mit Sonnenlicht 334.
Brennesselquaddeln 648.
Bridou s. Angelus infectiosus.
Bromoderma pustulosum fungoides (Chirivino) 347.
Brüste, Wiederaufrichtung der 162.
Buba oder Bubas s. Boubas.
Bubo 202. 250. 601.
—, der klimatische (Cantlie) 150.
—, Ätiologie und Therapie des (Tomaszewski) 580.
—, Behandlung des (Klingmüller) 581; (Herrmann) 581; — nach dem Langschen Verfahren (Forschbach) 579; (Adam) 581.
Bubul 250. 257. 272. 273.
Button-Scurvy 270.

Carcinoma 32. 39. 45. 53. 58. 59. 60. 61. 62. 64. 126. 128. 153. 154. 156. 157. 159. 160. 161. 214. 224. 226. 264. 294. 295. 297. 299. 309. 312. 315. 328. 332. 333. 336. 337. 338. 339. 340. 351. 383. 384. 445. 495. 500. 502. 515. 567. 576. 623. 625. 658. 673. 675; (Spude) 297; (Hutchinson) 157.
— Behandlung mit Röntgenstrahlen (Reschetillo) 602.
— der Brust (*Hodara) 629.
— der Brustdrüse, Gallert- (Scheiffele) 158.
— und Geschwülste im allgemeinen, Ursache der (Spude) 297.
—, Keimzellentheorie des (Grünbaum) 583.
— der Lippen (Bulkley) 328.
— -Parasiten? (Spude) 297.
— der Samenblase, primäres (Teubert) 214.
— fibrosum (Zera) 603.
— der Haut, Behandlung mit fluoreszierenden Stoffen (Jessionek und Tappeiner) 612.
—, Entwicklung und Wachstum (Guttmann) 584.
— und Erysipelas (Solari) 532.
— exulcerans der Nasenflügel (Fasal) 395.
— der Blase (Guyon) 209.
—, Statistik und Kasuistik des (Hess) 209.
— mit Verblutungstod (Pfluger) 208.
—, Zunahme der Häufigkeit des (Williams) 157.
—, inoperables 334.
— des Lides (Mayeda) 612.
— auf luetischem Boden (Römer) 516.
— und Lupus (Abraham) 420.
— und X-Strahlen (Walker) 420.
— und Geschwüre (Martschke) 584.
— der Mamma beim Manne (Keyser) 157.
— parasitären Ursprungs 157.
— des Oesophagus 147.
— des Penis (Tägtmeyer) 673.
— der Prostata, Frühdiagnose und chirurgische Behandlung (Fürstenheim) 216.
— durch Röntgenbestrahlung geheilt (Schmidt) 24.
— der Wange auf Grund von Leukoplakia buccalis (Rauch) 584.
— und X-Zellen (Unna) 158.
Carcinombildung auf Lupus erythematosus (Michelsen) 650.
Carcinomgewebe und -parasiten, Einwirkung der Röntgenbestrahlung auf (Schüller) 612.
Carcinomatöse Entartung der Kopfatherome (Zesas) 169.
Cardoldermatitis (Fornet) 352.
Caspersches Katheterpurin 34.
Cathelinscher Segregator 131. 132. 322. 475.

Cerebrinexanthem (Gaucher und Druelle) 346.
Chagrinhaut 646.
Chancre, weicher, s. Ulcus molle.
—, harter, s. Initialsklerose.
Chaulmoograöl, Einspritzung gegen die Lepra, subcutane (Tourtoulin Bey) 88.
Chlorom (Buschke) 601.
Chlorverbindungen und Ödeme (Rénon) 343.
Cowperitis 130.
Chromatophoren (Leo Loeb) 49.
Chromatotexis Unna 30.
Chromoradiometer, Holzknechtsches 60.
Chylurie 210. 601; (Garbi) 222.
Circumcision 107. 170. 201.
— und Syphilisprophylaxe (H. Loeb) 35.
Coecalcondom, Geschichte des (Ferdy [Meyerhof]) 287.
Collargol bei Lepra 414.
Collessches Gesetz 125.
Condom 201. 202.
Coryza 108. 361.
Cosimosches Pulver 300.
Crab-Yaws, Crabs, Crabpox 250.
Crurin 201; (Joseph) 651.
Crurintherapie bei Ulcus cruris (Lichtenberger) 622.
Cunnilingus 124.
Cupridol 145.
Cyanose mit Polycythämie und vergröfserter Milz, chronische (Ronaldson) 66.
Cysticercus cellulosae cutis 577.
Cystitis 36. 38. 47. 169. 170. 207. 208. 209. 216. 228. 233. 281. 316. 317. 326. 327. 466. 567. 606. 653. 671. 674; (Fraenkel) 35.
—, Ätiologie der (Ráskai) 315.
Cystitis non blennorrhoica 169.
Cystoskop, Wichtigkeit bei der Chirurgie der Urogenitalorgane (Cabot) 672.
Cytorrhyctes vaccinae 364.

Dacryocystitis 515.
—, doppelseitige, bei einem hereditärluetischen Kinde (Gaucher) 656.
Dactylitis syphilitica 144.
Dampfsterilisator, Grossescher 34.
Dariersche Krankheit (Audry und Dalous) 290. 291; (Fasal) 464.
Darmblasenfisteln (Heine) 32.
Darmdivertikel (Heine) 32.
Deckglaskulturen, Leistungsfähigkeit beim Studium von Epidermispilzen (Wallis) 330.
van Deensche Probe 223.
Dekubitalgeschwüre 527.
Dementia syphilitica 656.
Demodex folliculorum Simon in den Ciliarfollikeln des Menschen (Stcherbatchoff) 668.
Denguefieber, Entwicklung der Plasmobien bei (Eberle) 234.
Dentitionsekzem (Dozoul) 526.
Dermatitis 65. 221. 456. 646. 651.
— atrophicans Kaposi 604.
— exfoliativa 38. 577; — generalisata 392; (Weise) 525.
— herpetiformis 206. 354. 398. 576.
— papillaris capillitii Kaposi (Guszman) 469; (Metscherski) 603; — und Lupus erythematodes (Metscherski) 125; — scleroticans nuchae (Kelber) 151.
— venenata (Grimm) 69.
— impetiginosa 636.
Dermato-histologische Technik (Joseph) 45.
Dermatologie, Einführung in die (Walker) 100.
—, Entwicklung in Berlin (Paul Richter) 47.
Dermatologischer Unterricht und dermatologische Praxis in Frankreich und Deutschland (Leredde) 133.
Dermoidcysten des Ovariums und des Hodens (Pappa) 289.
Desquamation, scarlatiniforme rezidivierende 391.
Devergiesche Krankheit 506.
Diabetes 221. 606. 653. 671. 674.
— insipidus, Hauterscheinungen (Brayton) 164.
— mellitus, durch Lichen ruber planus kompliziert (Hoffmann) 25.
— mit Tumoren (Heller) 278.
Dirnenkrankenhaus, Weihnachtsfeier im (Hammer) 468.
Diät, Kochsalzarme (Achard und Paisseau) 475.
Dithmarsische Krankheit 422.
Doppellippe (Ullmann) 397.
Druckgeschwüre 154.
Ducreysches Geschwür 644.
Duhringsche Dermatose s. Dermatitis herpetiformis.
Dystrophia papillaris et pigmentosa 631.

Echinokokkencysten und die Leprösen auf Island (Bjarnhjedinsson) 605.
Ectoganverband bei Ulcus cruris (Schwarz) 622.
Ehekonsens bei Blennorrhoe 231.
Eiweifspräcipitat 346.
Eisenlicht bei Alopecia areata, Vorstellung von Resultaten der (Kromayer) 624.
Eiterung der Finger mit Niederschlägen von kohlen- und phosphorsaurem Kalk, chronische (Dunin) 668.
Eiter, Verhalten des neutrophilen Granula in den farblosen Blutkörperchen (Kirschenblat) 329.

Digitized by Google

Ektopischer Hoden, Bluterguſs in einen (Cunéo, Mauclaire und Magitot) 470.
Ekzem 22. 23. 24. 31. 38. 39. 45. 50. 51. 54. 56. 64. 65. 77. 79. 92. 122. 133. 158. 160. 221. 250. 310. 328. 334. 336. 337. 457. 461. 472. 502. 507. 523. 533. 544. 568. 569. 576. 577. 590. 596. 600. 602. 603. 614. 639. 640. 641. 642. 643. 652. 668.
Ekzema impetiginosum, letal verlaufendes (Machold) 147.
— marginatum, Therapie des (Gant) 325.
— bei der Dentition (Dozoul) 526.
—, ein eigenartig gruppiertes (*Spiethoff) 541.
— durch Gicht (Foucault) 526.
— durch Kaliumbichromat (Saundry) 80.
—, Zur Lehre vom (Düring) 146.
— en plaques (Finger) 398; (Scherber) 463.
— seborrhoicum 601. 641; (Leredde) 292.
— bei einem Syphilitischen (Gaucher) 655.
— universale 206. 527.
Ekzemliteratur, neueste (Gardiner) 146.
Ekzematisation 146.
Ekzematisierte Neurodermatitiden (Bayet) 292.
Ekzembehandlung, Fortschritte der (Kromayer) 525.
Ekthyma 310. 461. 472. 528. 576.
— gangraenosum 397.
Elastizität der Haut (Lodholz) 48.
Elephantiasis 235. 586. 608.
— Arabum (Paulus) 533.
— congenita (Swoboda) 155.
— und Filariosis (Vermeil) 533.
— vulvae (Matzenauer) 227.
— und elephantiastische Zustände (Secchi) 155.
— der Oberlippe (Ehrmann) 396.
—, Pathogenese der (Guillet) 533.
Elephantiastische Verbildung (Varicen) der rechten Unterextremität und des Scrotums, Atrophie der rechten Gesichtshälfte (Wechselmann) 393.
— Oberextremität (Mayer) 200.
— Erscheinungen an der Haut (Croneberg) 531.
— Zustände, Weitere (Secchi) 156.
Elektrizität 57. 58. 62. 63. 100. 328. 339. 624. 666. 671. 674.
Elektrische Lichtbäder bei Psoriasis (Afzelius) 459.
— Ströme (Bulkley) 327.
Elektro-therapeutisches Arbeiten (Macinthyre) 64.
Elektrolyse 443. 670.
Elektrolytische Nadel zur radikalen Heilung von Narbenstrikturen der Urethra (Selhorst) 466.
Embryonale Keime, versprengte 52. 53. 54. 56. 298.
Emphysem des Gesichts, traumatisches (Imhof) 167.
Endarteriitis luetica mit Malum perforans (Neumann) 462.
— obliterans (Saraceni) 660.
— syphilitica an der unteren Extremität (Hannes) 520.
— als Ursache der Purpura und der Hämorrhagien bei der Syphilis (Saraceni) 43.
Enelektrolyse; eine verbesserte Methode der Behandlung von Hypertrichiasis mit (Squire) 670.
Enésol 396; (Coignet) 652; (Breton) 653.
—, therapeutische Erfahrungen bei Syphilis mit (*Goldstein) 367.
Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit (Bré); Erwiderung von (Bluhm) 226.
Entwicklungsstörungen der Haut und deren maligne Neubildungen (Anthony) 52.
Entzündliche Vorgänge, Ursache von (Meyer) 52.
Enuresis und deren Behandlung (Ullmann) 671.
Eosin-Lichtbehandlung (Pick und Asahi) 63.
Epicarin 650.
Epidermispilzstudien an Deckglaskulturen (Wallis) 330.
Epidermitis chronica durch Streptokokken 636. 637.
Epidermoidaler Nerv, neuer (*Selenew) 537.
Epidermolysis bullosa 124. 577; — hereditaria (Hermann) 72; — traumatica (hereditaria et acquisita) (Kablitz) 353.
Epididymitis 36. 180. 201. 214. 216. 232. 358. 467. 496. 497. 605.
— (Porosz) 200.
Epiphysitis 144.
Epirenan 467.
Episcleritis 515.
Epithelfasern 159.
—, neue und einfache Methode zur Demonstration der (Pasini) 492.
Epitheliale Zellen, Widerstands- und Lebensfähigkeit der (Prochownik) 328.
Epithelioma contagiosum 577; — von Taube und Huhn (Juliusberg) 614; — durch Eiterung spontan ausheilend (Blaschko) 600; — als Tumor der Areola mammillae (Klauber) 614.
— papillare; Beitrag zur partiellen Spontanheilung epithelialer Tumoren (Schwarz) 583.
Epitheliom s. auch Carcinom (Gaucher) 654.
— oder gummöse Ulceration des Gesichtes? (Franceschini) 610.
—, gutartiges (Christian) 616.

Epitheliom des Penis im Verein mit Leukoplakie (Paramore) 673.
— der Pinna auris mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen, primäres (Shaw) 156.
— oder Syphilis? (Gaucher) 656.
— der Urethra des Mannes (Malaussène) 675.
Epitheliombehandlung (Leredde) 471. 583; (Mibelli) 295; — mit Arsenik (Leredde) 573; — durch Röntgenstrahlen zum Schwinden gebracht (Reschetillo) 125.
Epitheliomatosis pigmentosa, Unnascher Typus; Seemannshautcarcinom (Dalous und Constantin) 128.
Epitheliomtherapie, heutige Indikationsstellung (Holzknecht) 582.
Epithelwucherung, sog. atypische (Günder) 160.
Ergotin 71. 361.
Erysipel 44. 65. 70. 153. 160. 194. 352. 358. 426. 465. 478. 586. 665.
Erysipelas und Carcinom (Solari) 532.
— faciei mit Ausgang in Septikopyämie (Gatzweiler) 532.
— gangraenosum penis et scroti (Schulz) 674.
— neonatorum gangraenosum (Nohl) 154.
Erysipel, Opticus-Neuritis und Atrophie (Fauveau) 155.
—, Schnellkur bei (Taylor) 326.
Erysipelbehandlung (Franke) 531.
—, erfolgreiche, mit Argentum colloidale (Feldmann) 532.
— mit Ichthyol (Koettlitz) 154.
—, lokale, mit Acetozon (Knowles) 532.
— mit Nitroglycerin (Wherry) 532.
Erysipeloid (Gilchrist) 96.
Erysipelrezidiv 156.
Erythem 38. 39. 54. 55. 96. 221. 457. 461. 507.
Erythema annulare (Finger) 397.
— perstans (Bellmann) 345.
— exsudativum, Appendicitis vortäuschend (Pond) 72; — multiforme 50. 55. 122. 391. 403. 535; (Afzelius) 459.
— und Syphilis (Gaucher) 135.
— induratum 194. 195. 577; (Bazin) 279; (Doutrelepont) 416; (Harttung) 528. 529; (Hirsch) 649.
— nodosum 54. 55; (Abt) 535; — Kontagiosität (Rousseau) 535; — Ätiologie und Pathogenese (Hoffmann) 535.
— blennorrhoicum (Hermann) 230.
— perstans (Pick) 194.
Erythema papulosum posterosivum 600.
— papulo-vesiculosum (Malinowski) 603. 604.
— scarlatiniforme 365; — recidivans, ein äußerst charakteristischer Fall bei Alibert (*Hoffmann) 390.
— spontaneum 391.
Erythema syphiliticum 197. 399. 401.
— syphiloides posterosivum bei Erwachsenen (*Dalous) 633.
— toxicum 462; — mit Blasenbildung (Gellis) 398.
— urticatum 403.
Erytheme, Differentialdiagnose zwischen denen nach Seruminjektionen und den infektiösen Exanthemen (Mya) 345.
Erythemgruppe der Hautkrankheiten, chirurgische Seite der visceralen Krisen der (Osler) 66.
Erythrasma 65.
Erythrodermia 102. 391; (Kreissl) 31.
— chronica (Halle) 277.
— pityriasique en plaques disséminées 145. 146. 607.
Erythromelalgie 50. 665; (Möller) 457. 459.
— und deren Behandlung (Voorhees) 73.
Erythrosin 339. 340. 421.
Eugallol 525. 641.
Eukain 336. 395. 620. 676.
Eukalyptusdermatitiden (Galewsky) 314.
Euresol 650.
Exanthema astacoides 365.
Exanthem, eigentümliches (Blaschko) 600.
Exsudative Dermatosen, refraktometrische Untersuchungen (Kreibich und Polland) 648.
Extragenitale Sklerosen (Gaucher) 655.

Facialislähmung (Gaucher) 654.
— doppelseitige, bei Syphilis und schwere Hysterie (Raymond) 140.
Falcadina 422.
Favus 45. 65. 151. 295. 336. 337.
— am Bein (Heller) 601.
— disseminatus corporis (Almkvist) 460.
Favuspilze 575.
Federdruckinjektionsspritze, neue (Strauss) 173.
Feuchtwarzen, deren Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie (Rohrer) 616.
Fibroid des Uterus (Purslow) 209.
Fibrom 128. 212. 224. 541.
—, paraurethrales, mit Einschluß einer Cyste (Mankiewicz) 32.
Fibroma molluscum 645; (Merck) 199.
— mit Hautatrophie (Weichert) 615.
Fibromyom 210.
Filaria 155.
— bei den Fidschiinsulanern (Lynch-Suva) 668.
Finsen-Konzentrator 432.
Finsenscher Lichtapparat, Behandlung einiger Hautaffektionen mit dem (Morris) 341.

Digitized by Google

Finsenlicht und Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Hautkrankheiten (Lassar) 27; (Schamberg) 337.
— bei Gesichtslupus (Schmidt) 25.
—, Wirkung auf normale Haut (*v. Veress) 429. 599.
— auf Tätowierungen (*Meirowsky) 599.
—, Röntgenstrahlen und frequente elektrische Ströme als Behandlungsmittel von Hautkrebs (Bulkley) 327.
Fischtheorie bei Lepra 203.
Fisteln 207. 445.
Flammenbrandverfahren 334.
Fluoreszierende Stoffe, Behandlung der Hautcarcinome mit (Jessionek und Tappeiner) 612.
— bei Lupus 421.
Folliclis 30. 134. 416.
Folliculitis 51. 55. 64. 130. 265. 310. 314. 336. 472. 571.
— agminata (Druelle) 291.
— épilante 405.
— decalvans 26. 278.
— varioliformis 29. 576.
Formalin bei Blasenspülungen (Allen) 326.
Fournier-Erbsche Theorie 5.
Framboësia 236. 250. 347. 577.
— brasiliana (Breda) 267.
— tropicalis (Henggeler) 235.
— und Blah 272.
— und Bubul 272.
— und Mykosis fungoides 272.
— und Syphilis 269. 270. 271.
Frambösieerreger 259. 260. 261.
Frauenrechtlerinnen, Worte gegen (Fritsch) 281.
Frauentracht, Sexualorgane und (Glitsch) 37.
Frostbeulenbehandlung (Joseph und Vieth) 650.
Funiculitis 216.
Furunkel 51. 54. 56. 64. 65. 242. 278. 472. 528. 596. 668.
Furunkulosis (Wright) 149.
Fusiforme Bazillen 644.
Fufsjucken 167.
Fufsschweifs 640.

Gallertkrebs der Brustdrüse (Scheiffele) 158.
Galvanokaustik 464.
Gangrän 32. 45. 65. 67. 131. 152. 158. 250. 294. 332. 349. 352. 397. 477. 527. 579. 644. 673. 675.
—, akute diffuse (Watson) 347.
—, angiospastische (Raynaudsche Krankheit) (Strauss) 67.
—, zur Bakteriologie und Pathogenese der disseminierenden infektiösen der kleinen Kinder (Auché) 153.
Gangrän, diabetische (Wahlmann) 625.
— des Lides mit Diphtheriebazillenbefund (Schillinger) 536.
— der Lunge (Róna) 644.
— der Haut, multiple neurotische 51. 648; (Latte) 70; (Moormeister) 153.
—, primäre multiple (Veillon) 536.
—, spontane und artefizielle, auf nervöser Grundlage (Hollstein) 347.
—, circumskripte (Munsch) 536.
— bei einer hysterischen Patientin (Mearns) 353.
—, rapid sich ausbreitende (Glenny) 152.
— des Scrotums (Mozourelli) 578.
—, traumatische, des Hodensacks, Genesung bei plastischer Operation und Bildung eines neuen Scrotums (Bissett) 172.
—, senile 407.
Gangrène foudroyante 674.
Gangränöse Genitalgeschwüre (Marcus) 459.
Gefäfserkrankung und Aneurysma der Aorta (Gaucher) 655.
Geheimspezialitäten, medizinische, gegenüber den patentierten eigentlichen chemischen Präparaten 536.
Gehirngumma von ungewöhnlicher Gröfse (Köster) 522.
Gelbsucht s. Icterus.
Geschlecht, Berlins drittes (Hirschfeld) 296.
Geschlechtsbestimmung, irrtüml. (Hirschfeld) 319.
Geschlechtsübergänge (Hirschfeld) 202.
Geschlechtskrankheiten 40. 239. 468. 511. 561. 562. 563.
— und ärztliches Berufsgeheimnis (Neisser, Flesch und Bernstein) 450; (Chotzen) 451.
—, Aufgabe des Arztes bei (Eisenstadt) 36.
—, Meldepflicht und Verschwiegenheitsverpflichtung des Arztes bei (Chotzen) 282.
—, Bekämpfung der (Hopf) 446. 545.
—, persönliche Prophylaxe bei (Blokusewski) 201; (Vertun) 34.
—, Sonderheilstätte in Lichtenberg bei Berlin (Freund) 455.
—, Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln gegen 563; (Neustätter, Bernhard und Meyerhof) 451.
—, Unterricht für Hebammen in (C. Stern) 330.
—, Verbreitung der (Kossmann) 287.
—, Wesen und Behandlung der 36.
Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörungen (Hammer) 34.
Geschlechtsteile, weibliche, Verletzungen sine coitu (Saks) 227.
Geschlechtsverkehr, aufserehelicher (Marcuse) 36. 37. 46.

Digitized by Google

Geschlechtsverkehr, Darf der Arzt dazu raten? (Hirsch) 287; (Kossmann) 285.
Geschwulstentstehung, Parasitentheorie im Vergleich zu den tatsächlichen Erfahrungen (Keding) 332.
Gichtekzem, hartnäckiger Fall von (Foucault) 526.
Glasfeder zur Applikation flüssiger Ätzmittel (*Hammer) 444.
Glossitis sclero-gummosa (Gaucher) 135.
Glutolserum 163.
Glykosurie, alimentäre, und Myxödem (Knöpfelmacher) 164.
Gomenol 361.
Gonitis luetica (Fels) 518.
Gonokokkenperitonitis 228.
Gonosan (Lubowski) 232; (Sokal) 233.
—, therapeutischer Wert des (Kornfeld) 48.
Granulom 293.
Granuloma fungoides (Auspitz) 31.
— pyogenicum (Botryomycosis-Poncet und Dor) (Hartzell) 96.
Granulome des Herzens, infektiöse (Würth) 480.
—, vielfache (Sokolow) 456.
Granulosis rubra der Nase (Malherbe) 503.
Graues Öl in bedeutenden Mengen (Lebret) 478.
Gregarinen oder Plasmazellen? (Hoffmann) 512.
Gruby-Sabouraudsche Sporen 571.
Guarnierischer Parasit 364.
Gumma 134. 135. 195. 294. 311. 313. 406. 426. 427. 456. 477. 480. 482. 502. 510. 511. 515. 516. 517. 520. 521. 522. 655. 656. 660; (Sachs) 397; (Gaucher) 656.
— der Brust (Gaucher) 655.
— des Gaumensegels (Gaucher) 654. 655.
— des Herzens (Handford) 479.
— der Unterlippe (Gaucher) 654.
— syphiliticum und Trauma (Legrain) 661.
Gummiknoten im Herzfleische bei Erwachsenen (Stockmann) 408.
Gummöse Thyreoiditis und Mediastinitis (Dervin) 517.
— Ulceration des Gesichts oder Epitheliom? (Franceschini) 610.
Gummihandschuh 423.

Haaranomalien (Giorgi) 295.
Haarausfall (Mc Donnel) 619.
Haare, Entfernung der 314.
—, Schicksal bei Hautnarbenbildung (Lebram) 333.
—, Anthraxübertragung durch 152.
— mit einer Spindel (Pinkus) 601.
Haarmenschen (Roth) 127. 128.
Hakenwurmerkrankung 167.
Hämagglutinationsuntersuchungen bei Syphilitischen und Gesunden (Detre und Sellei) 192.
Haemangiome im Anschlufs an das Ohrringestechen (Springer) 160.
Hämatodermitiden 574. 610.
Hämatoporphyrinurie, nicht durch Sulfonal (Thornton) 225.
Hämaturie 357.
—, Diagnose der (Hirt) 223.
— bei renaler Tuberkulose (Dupuis) 225.
Hämochromatosis (Kreissl) 31.
Hämoglobinurie 223.
—, paroxysmale (Donath und Landsteiner) 225.
Hämophilie 224. 468. 606.
Hämorrhoiden 81. 214. 441. 671; (Gant) 619.
— der Blase 224.
—, chirurgische Behandlung der (Tillaux) 162.
—, interne Behandlung der (Robin) 619.
Harnanalyse, Praxis der (Lassar-Cohn) 611.
Harnbestandteile (Marcel und Henri Labbé) 572.
Harnblase, Auskratzung der (Rolando) 208.
—, Chloroformieren der (Guyon) 469.
Harnblasenepithel, Metaplasie des (Lichtenstern) 207.
Harnblasenkomplikationen bei Appendicitis 281.
Harnblasenperforationen, Entstehung der (Eichwald) 208.
Harnblasenschwund durch tuberkulöse Geschwüre (Heiler) 17.
Harnentleerung, Behandlung der unfreiwilligen (Kutner) 671.
Harnfistel 170. 633.
Harn, Nachweis von Milchzucker im (Malfatti) 466.
Harnröhre, falsche Wege in der (Fuller) 323.
—, Behandlung der Hypospadie, Defekte und Verletzungen der (Beck) 325.
Harnröhrenausflüsse, alte und neuere Behandlungsmethoden der (Goodfellow) 324.
Harnröhrenchirurgie (Paege) 675.
Harnröhrenfistel 675.
Harnröhrenmassage (Boss) 467.
Harnröhrenneuritis 201.
Harnröhrenneurose (Porosz) 200.
Harnröhrenruptur und kombinierte Drainage (Rutherford) 172.
Harnröhrenstrikturen (Dowden) 676.
—, Behandlung der (Lissjanski) 33.
Harnsaure Diathese 223.
Harnsegregator, graduiert intravesikaler (Boddaert-Gaud) 131.

Digitized by Google

Harnstoff des Blutes (Butte) 206.
—, Technik der Mengenbestimmungen des (Meillère) 322.
Harnverhaltung infolge Vorsteherdrüsenvergröfserung, Katheterismus bei (Belfield) 323.
—, bei Vergröfserungen der Vorsteherdrüse, Behandlung der (Christian) 324.
Hauternährung, abnorme (Halpern) 55.
Hauthorn 495; (Bizière) 616.
Hautkrankheiten, Handbuch der (Mraček) 506.
Hautreflexe (Kreibich) 51.
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Lehrbuch der (Lesser) 99.
Hayemsches Serum 350.
Hefeseifen (Dreuw) 64.
Heifsluftapparat, Holländerscher 160. 334.
Heifsluftkauterisation 427.
Hellersche Blutprobe 221. 223.
Helmitol 47. 357. 467; (Glass) 673; (Goldberg) 169; (Lewitt) 169.
Hemiatrophia facialis 28.
Hemisine 172.
Henochsche Krankheit 66. 347.
Hermaphroditismus 213. 289.
Herpes 39. 54. 65. 423. 472. 502. 511. 515.
— febrilis 648.
— furfuraceus volatilis 391.
— progenitalis 576. 673.
— tonsurans s. Trychophitie.
Herpes zoster 527. 648. 659. 660.
— facialis bilateralis (Kraus) 651.
— frontalis (Neumann) 396.
— mit Knoten (Spiegler) 396.
— bei croupöser Pneumonie (Riehl) 70.
— ophthalmicus (Leopold) 354.
—, Semiotik und Diagnose des (Fabre) 354.
—, Spinalganglienerkrankung des (Seubert) 71.
— wahrscheinlich durch Bleivergiftung (Koettlitz) 354.
— recidivus (Peisert) 71; — am Zeigefinger (Spitzer) 200; — s. intermittens s. periodicus (Einis) 71; — Wiederauftreten, im besonderen über Zoster erythematosus und Zoster vegetans (Vörner) 354.
Hetol 415.
Hetralin 47. 467; (Fraenkel) 35; (Goldberg) 169.
—, ein neues Hexamethylentetraminderivat (Riegner) 170.
—, ein neues internes Harnantiseptikum (Epstein) 170.
Hexamethylentetramin 170.
Hirsuties s. Hypertrichosis.
Hodengeschwülste, maligne, in den beiden ersten Lebensdezennien (Schön) 210.
Hodenstrangulierung (Edington) 212.
Hodentuberkulose, gallopierende (Jovelly) 212.
Hoden- und Nebenhodenentzündung 290.
Holzphlegmone (Lang) 154; (Merkel) 530.
Homosexualität 671.
Hôpital Saint Louis (Bunch) 174; (Druelle) 291.
Horncyste, traumatische (Blaschko) 600.
Hornperlen 266.
Hospitalbrand auf dem Boden eines Ulcus cruris (Pollak) 152.
Hufeisenniere (Mundorff) 326.
Hufeisenförmiges Geschwür (Zera) 604.
Hühner- oder Gänsehaut 646.
Hutchinsonsche Trias 656.
Hutchinsonsche Zähne (Sokolow) 456.
Hyalin 159. 198. 430. 437.
Hydrargyrie der Haut 135.
Hydrargyrum salicylo-arsenicosum (Enésol) (Coignet) 652.
— formamidatum 93.
Hydroa 38.
— in der Schwangerschaft nebst Rezidiven zur Zeit der Menstruation (Bryan) 72.
— vacciniformis 648; — mit Narben (Malinowski) 603.
Hydroadenoma eruptivum 52.
Hydrocephalie 133.
Hydrocephalus syphiliticus 136.
Hyperämie als Heilmittel 1.
Hyperepidermotrophia generalisata 506.
Hyperhidrosis 503.
— der Analgegend 56.
— manuum 55. 56.
— pedum und ihre Behandlung mit Kaliumpermanganatbädern (Weiss) 166.
—, rechtsseitige 54.
Hyperkeratosis 314. 506.
— des Nagelbettes, erbliche (Garrick-Wilson) 288.
Hyperthyreoidismus 164. 165.
Hypertrichosis 163. 328. 336. 337. 624.
—, Behandlung der 669.
— sacralis (Marcuse) 670.
Hypertrophia glandularum sebacearum 382.
Hypospadia glandis (Broca) 321. 673.
— und andere Defekte und Verletzungen der Harnröhre, Technik der Behandlung der (Beck) 325.
—, Operation der (Bötticher) 170.

Ichthargan 76. 231. 610. 622.
— bei der Behandlung der Blennorrhoe (Winckler) 233.
Ichthyol 342. 358. 525. 532. 639. 640. 665.
— bei der Behandlung des Erysipels (Koettlitz) 154.
Ichthyosis 50. 290. 439; (Almkvist) 459.

Digitized by Google

Ichthyosis, familiäre (Nobl) 396.
— palmaris et plantaris (Keratoma palmare et plantare hereditarium) (Schueller) 525.
— pilaris 149.
— durch Scharlach geheilt (Neumann) 396.
Idiosynkrasie gegen Jodoform 601.
Ikterus 54. 106.
— neonatorum mit Purpura nach langer Hämorrhagie infolge einer Wunde durch Lanzettstich (Talley) 348.
—, pathologische Veränderungen der Nieren nach (Zeri) 167.
Impetigo 30. 65. 221. 310. 472. 528. 651.
— herpetiformis 55.
Immunität 503, 504.
Impfung s. Vaccination.
Impfgegnerschaft, Bekämpfung der (Berger) 410.
Impfpusteln, accidentelle 576.
Impfreglement, Projekt für Jerwen (Nottbeck) 78.
Impftuberkulose 413.
— bei Morphinismus (Bruhns) 417.
Impotenz 37. 342. 468. 652.
—, eine neue Methode zur Behandlung der (Heidingsfeld) 323.
Indurationen der Corpora cavernosa (Chevallier) 673.
Indurative Plaque im Penis (Heuck) 125.
Indurierte Papel, solitäre (Hoffmann) 124.
Infektion, unbekannte (circumskripte Erfrierung Hochsinger) (Deutsch) 397.
Infektiöse und toxische hämatogene Dermatosen (Jadassohn) 54.
Initialsklerose 36. 106. 124. 134. 179. 242. 269. 282. 294. 311. 326. 424. 503. 511. 515. 576. 644. 654. 655. 658. 673; (Gaucher) 654.
— der Augenlider (Kornacker) 424.
—, bipolare (Wechselmann) 278.
— der Brustwarze 134; (Gaucher) 654.
—, extragenitale 576; (Witte) 515; — und perigenitale, ihre Häufigkeit (Büttgen) 515.
—, gangränöse, diphtheritische oder phagedänische 644.
— am Hals (Gaucher) 654.
— der Lippe (Gaucher) 656; (Scherber) 463.
— der unteren Nasenmuschel. Lymphangitis erysipelatodes der Wange (David) 477.
— der Unterlippe mit Lymphangitis nodularis intralabialis (Delaunay) 289.
—, Umschneidung der (Schinkel) 514.
—, Lokalisation auf der Conjunctiva bulbi (Pelissier) 515.
— an der Oberlippenschleimhaut (Friedländer) 601.
— der Unterlippe, Wangenhaut (Richter) 24.
Initialsklerose an dem Penis eines fünfjährigen Knaben (Steiner) 107.
—, was hat mit einer vermutlichen zu geschehen? (Breakey) 325.
Injektionsspritze, neue (Schifftan) 395.
Inkontinenz 652.
Intercellularbrücken im Rete Malpighii der menschlichen Haut (Polverini) 329.
Internationaler Kongreſs zu Berlin 1904 40.
Intertrigo 472. 577.
Intoxikationen, Gegenmittel der 50.
—, Lehrbuch der (Kobert) 46.
Intravesikale Trennung des Urins nach Lambotte, Berichtigung zum Aufsatze Lays' (Cathelin) 475.
Iritis luetica (Gaucher) 135.
Irrigationscystoskop, ein neues (Casper) 568.
Isoformgaze, weitausgebreitete Dermatitis nach (Hoffmann) 601.
Itrol 610.

Jod und Jodkaliumsalben (Heffter) 28.
Jod aus Jodkaliumsalben, Resorption (Hirschfeld und Pollio) 28.
Joderuption, tuberöse (Hoffmann) 25.
Jodferratose 116.
Jodipin 34. 117. 534. 647.
—, Federdruckinjektionsspritze für (Strauss) 173.
— in der Behandlung der Prostatitis (*Richter) 496.
Jodkalium, groſse vegetierende Blase auf dem Handrücken nach (Druelle) 291.
Jododerma tuberosum (Rosenthal) 25.
Jodpräparate, cutane Darreichung der (Lipschütz) 647.
Jodtherapie (Höfler) 34.
Jodthion 118. 647; (Ravasini und Hirsch) 647; (Wesenberg) 648; (Wyschinskaja) 602.
Juckende Eruption (Kurella) 604.
Jucklindernde Mittel 50. 62. 63. 64.

Kadal 250.
Kahle Flecken (Hollstein) 26.
Kakodylsäure 653. 654.
Kälberlymphe, mit Chloroform versetzt (Green) 413.
Kalomelölsalbe zu antisyphilitischen Schmierkuren (Neisser und Siebert) 483.
Kältetraumen, Wirkung auf granulierende Wunden (Stiasny) 163.
Kampfermonobromalium (Clin) 653.
Kankroid 27. 57. 154. 327. 336. 337. 338. 515. 530; (Zera) 603; (s. auch Carcinom).

Digitized by Google

Kankroid auf lupöser Grundlage bei starkem Diabetes, behandelt mit Röntgenstrahlen 158.
— der Nase, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Ancarani) 158.
Kapselbazillen 151.
Karbolgangrän (Kremers) 352.
Karbolvergiftung bei einem Säugling (Stevenson) 69.
Karbunkelseptikämie (Baudi) 578.
Katheterismus (Brendel) 34.
— bei völliger Harnverhaltung infolge Vorsteherdrüsenvergrösserung (Belfield) 323.
Kathetersterilisator (Dreuw) 673.
Kathodenstrahlen, therapeutische Verwendung der (Strebel) 338.
Kelen 153.
Keloid 101. 124. 269. 328. 336. 337. 464. 646; (Baum) 124.
—, Behandlung mit Röntgenstrahlen (Panwast) 160.
—, spontanes (Wesolowski) 604.
Keloidakne 295.
Keratitis parenchymatosa, Ätiologie der (Delsaut) 521.
Keratophile Haut 146.
Keratosis der Harnröhre (Joosz) 318.
— follicularis (Unna) 473. 648; (Brooke) 473.
— pilaris 473. 571.
— rubra (Wechselmann) 278.
— universalis multiformis 506.
Keratoma hereditarium (Pinkus) 601; (Schueller) 525.
Kerndegenerationen (Volk) 30.
Klebs-Loeffler-Bacillus 41.
Knopfkatheter, Guyonscher 318.
Koch-Weeks-Bacillus 41.
Koilonychia (Nobl) 397.
Kokain-Adrenalin-Anästhesie 138.
Kollargol 610.
Kollateralkreislauf der Thoraco-Abdominalvenen, ausgebildeter (Marcuse) 278.
Kollmann-Franckscher Spüldilatator 321.
Kollmannsches Instrument 226.
Kollmannsche Kokainspritze 172.
Komedonen 314. 507. 611.
Kondomfinger 423.
Kondyloma acuminatum 264. 305. 417. 495. 673.
—, X-Zellen bei (Unna) 158.
—, Anatomie, Pathogenese und Ätiologie des (Heller) 395.
— des Frenulum linguae (Sprecher) 161.
—, Behandlung mittels Erfrierung (Schein) 616.
— latum 134. 180. 246. 247. 248. 268. 311. 373. 376. 425. 482. 529. 558.
Konservatismus, eine Lanze für den (Blaine) 325.
Koplikscbe Flecke 361.
Korrespondenz zwischen Gustava Heymann und Blaschko 281.
Kosmetische Massage (Zabludowski) 56.
Kotanalysen bei Dermatosen (Oefele) 595.
Krabbenbisse 96.
Kraboe 250.
Krätze s. Scabies.
Kraurosis vulvae 87.
Krebs s. Carcinom.
Kreolin bei Erysipel (Taylor) 326.
Krukenbergscher Tumor 156.
Kryoskopie nach reflektorischer Polyurie (Kapsammer) 220.
Kryptorchismus 212. 213.
—, Operation des (Ruff) 211.
Kuhpockenlymphe s. Vaccine.

Labiomycosis 602.
Lambottescher Segregator 132
Lanzettstich (Talley) 348.
Leichentuberkel 423.
Leidenfrostsches Phänomen 219.
Lenigallol 525. 526.
Lentigo 157.
Lepidophyton 151.
Lepra 45. 54. 155. 195. 196. 235. 401. 469. 509. 577. 643. 665.
— in Norwegen, Abnahme der (Hansen) 414.
— auf den Hawaii-Inseln (Senn) 415.
— in Island 1904 (Ehlers) 203.
— in Jamaika (Little) 94.
— in den französischen Kolonien (Kermorgant) 498.
— in New Südwales (Thompson) 102. 413.
— im Staate St. Louis, Ursprung der (Dyen) 414.
—, Verbreitung und Bekämpfung in Bosnien und der Herzegowina (Glück) 203.
— abortive (Kayser und Houtom) 499.
— anaesthetica (Nonne) 204.
—, Chaulmoograöleinspritzung bei (Tourtoulin) 88.
—, Epidemiologie der; eine Bitte um Genauigkeit (Thompson) 499.
—, experimentelle, bei Affen (Nicolle) 573. 605.
—, Fisch- und Moskitotheorie 414; (Rice) 326.
—, Heilbarkeit der (Dubreuilh) 203.
—, eine heilbare Krankheit (Tonkin) 101.
—, Heredität bei 414.
—, Kontagiosität der 414.
— mit Malum perforans (Neumann) 462.
— nervosa (Raymond) 414.
— im Rückenmark und den peripheren Nerven (Lie) 195. 399.

Lepra scarlatiniformis perstans (Hallopeau) 102.
— oder Syringomyelie? (Delupis) 101.
—, Therapie der (Lie) 415.
— tuberosa, sogenannte seltene Lokalisationen der (Bjarnhjedinsson) 605.
—, Ursache und Behandlung der (Rice) 326.
Leprabazillen 195. 196. 205. 399. 415. 499. 606.
Lepröse Nachkommen 415.
Lepröse und die Echinokokkencysten auf Island (Bjarnhjedinsson) 605.
Lepröser Heros, Pater Damian, ein (Senn) 414.
Leukämie 221. 224. 279. 335. 674.
Leukoderma 114. 456.
— psoriaticum 397. 527. 643; — am Halse (Ledermann) 394; (Ehrmann) 397; (Buschke) 601.
—, Plaques muqueuses und totale Aphonie bei (Gaucher) 656.
— syphiliticum 135. 394. 654.
Leukokeratose 502.
Leukoplakia 526; (Paramore) 673.
— cutanea (Merk) 147.
— lingualis 135; — luetica (Gaucher) 134. 655.
— oris 71. 172. 173.
— urethralis, Therapie der (Kaufmann) 172; (Ludwig) 172.
— buccalis (Rauch) 584; — und ihre Behandlung (Filarétopoulo) 502.
Lichen 38. 39. 146. 336. 337. 502. 542. 614. 636. 637.
— atrophicus (Hoffmann) 25.
— chronicus simplex 50. 56. 652.
— pilaris spinulosus (Adamson) 472.
— psoriasis 506.
Lichen planus 472. 473. 576. 600; (Almkvist) 458; (Möller) 457; (Wiśniewski) 604.
— knötchenförmig, an der Mundschleimhaut (Mayer) 394.
— bei Diabetes mellitus (Hoffmann) 25.
— ruber 50. 56. 134. 403. 652; (Rieke) 506; (Eisenberg) 603; (Trizinski) 604.
— acuminatus 147.
— diffusus, Pathologie des (*Spiethoff) 541. 598.
— verrucosus (Roscher) 123.
— zoniformis (Pinkus) 569.
Lichen scrophulosorum 92. 473. 626; (Moberg) 460; (Capoblanco) 416; (Ehrmann) 396. 397; (Sklarek) 393.
—, atypischer (Schürmann) 403.
— spinulosus (Lewandowsky) 402.
— syphiliticus 372. 397.
— vrai 506.
— Wilson 506.
Lichenifikation 630.
— systematisierte (Söllner) 199.
Lichenifizierte Neurodermatitiden (Bayet) 292.
Licht, konzentriertes (Joachim) 63.
Lichtbehandlung im Krankenhaus St. Göran in Stockholm (Möller) 340.
— nach Sensibilisation (Forchhammer) 340.
Lichttherapie, Gedankenaustausch mit Finsen über (Strebel) 405.
Lingua scrotalis als familiale Erscheinung (Payenneville) 500.
Linitis plastica 517.
Lipome 278.
Lithiasis 223. 296. 672.
Llagga oder Uta 509.
Londoner Lampe 337.
Löffelnagel (Hoffmann) 151.
Lues s. Syphilis.
Lupusähnliches Geschwür (Druelle) 291.
Lupuscarcinom (Abraham) 420.
— und X-Strahlen (Walker) 420.
Lupus 27. 30. 55. 57. 59. 60. 62. 63. 64. 65. 95. 100. 102. 126. 134. 158. 176. 177. 198. 255. 257. 295. 327. 328. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 397. 401. 402. 416. 422. 429. 430. 431. 438. 444. 445. 472. 501. 502. 509. 575. 576. 577. 584. 626. 647.
— disseminatus (Brüning) 26; — und Tuberculosis verrucosa cutis (Finger) 395.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— follicularis disseminatus 29. 30. 585. 586. 593; — (Tilbury Fox) (Schlasberg) 464.
Lupus vulgaris, Pathogenese und Therapie des (Róna) 103.
—, Saugtherapie (*Sondermann) 1.
— tuberculosus, Behandlung mit Kalium permanganicum (Butte) 322.
—, Einwirkung von Tuberkulin-R. auf (Dressler) 421.
— in seiner Beziehung zum Berufe des Patienten (Sura) 417.
— auf embolischem Wege entstanden (Török) 103.
— der Haut und Schleimhaut, Behandlung durch hochfrequente Funkenentladungen (Strebel) 315.
— postexanthematicus (*v. Veress) 585.
— miliaris (Weidenfeld) 462.
— mutilierender Formen (Brassat) 418.
— der Nasenschleimhaut 104.
— nodularis miliaris 585.
— des Gesichts (Schmidt) 25.
Lupusknoten an der Stirn (Druelle) 291.
Lupuskranke, Heilstätte (Lang) 104.
Lupuspatienten, in Finsens medizinischem Lichtinstitut behandelte (Forchhammer) 421.
Lupus-Behandlung, nebst histologischen Untersuchungen (Dreuw) 420.

Digitized by Google

Lupus, Behandlung mit Kalium permanganicum (Butte) 322. 405. 501. 608.
— mit Uranium (Walker) 104.
— Behandlung mittels statischer Elektrizität (Suckler) 44.
Lupöse Hautläsionen, Grenzbestimmung der (Nobl) 198.
—, Produkte, Morphologie und Wirkung einiger (Bini) 42.
Luysscher Segregator 132. 475.
Luxatio testis (Jurinka) 212.
Lygosinnatrium bei Uterusblennorrhoe (Müllern-Aspegren) 461.
Lymphe s. Vaccine.
Lymphadenitis 202.
Lymphangitis 404. 405.
— erysipelatodes der Wange, Schanker der unteren Nasenmuschel (David) 477.
Lymphangiom mit temporärer Chylorrhoe (Neumann) 615.
Lymphangiomatöser Naevus (Blaschko) 600.
Lymphangitis nodularis intralabialis im Verlauf eines harten Schankers der Unterlippe (Delaunay) 289.
Lymphangitischer Strang (Wechselmann) 26.
Lymphome 50. 92.
Lymphophile Haut 146.
Lymphosarkom 601.

Malaria 51. 71. 150. 516. 654.
— und Syphilis (Gaucher) 655.
— Tertianatypus 234.
—, Chinin- 78.
Mal de pinto 643.
Male di Breno 422.
Maligne Neubildungen (Anthony) 52.
Malleus 30. 394. 464.
— acutus (Bosellini) 464.
Malum perforans 527.
— und Syphilis 500.
— bei Lepra, und Endarteritis luetica (Neumann) 462.
— bei Syringomyelie (Ehrmann) 462.
Markschwamm 209.
Masern s. Morbillen.
Mastitis 217.
Masturbation 214. 215. 286. 290. 675.
Mastzellen 49. 176. 196. 650.
May-Grünwaldscher Farbstoff (Leuchs) 49.
Melanome, Genese in der Haut bei Schimmelpferden (van Dorssen) 617.
Melanosarkom 338. 339.
— beim Menschen und beim Pferde (Löffler) 613.
Melanosen des Auges, angeborene, daraus hervorgehende Tumoren (Behr) 617.
Melanotische Geschwulst der männlichen Brustdrüse (Buff) 161.
Melanotischer Tumor 294. 295.
Mëlüng (Bëtä bei den Dualanegern) (Ziemann) 643.
Menièresche Symptome (Roscher) 123.
Meningitis gummosa diffusa cerebrospinalis (Gaucher) 655.
Mercierkatheter 324.
Mercolintschürzen, Quecksilberabgabe der (H. Loeb) 200.
Merkurol 327.
Mesaortitis productiva 520.
Mesarteriitis 194.
Mesotanexantheme (Korach) 352.
Metamerische Hautaffektionen (Söllner) 199.
Metol als Ursache von akuter Dermatitis (Storrs) 352.
Miculiczsche Zellen 198.
Mikrosporon furfur 669.
Mikräne 667.
Mikrobrenner Unna 427. 443.
Mikroskopisches Studium der normalen und kranken Haut, Einführung in das (Ehrmann und Fick) 574.
Miliaria 314. 346.
— crystallina, histologische Untersuchung (Mayer) 616.
Milzbrand 528. 577.
— und seine Behandlung (Dowleh) 578.
—, Behandlung des äußeren beim Menschen (Hoffmann) 578.
Mitin, eine neue Salbengrundlage (Jessner) 341.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
Molokai 414. 415.
Morbillen 27. 42. 73. 76. 103. 222. 253. 345. 361. 362. 395. 422. 585—587. 589. 593. 594.
— -attacke, milde, mit Purpura convalescentium im Gefolge (Fortune) 361.
—, klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Übertragbarkeit auf kleinere Haustiere (Geissler) 360.
—, Coma bei einem Erwachsenen mit (Pitt) 360.
Morbilli sine morbillis; ein Fall mit Randbemerkung (Rolleston) 361.
—, Diagnose, Bedeutung der Koplikschen Flecke der (Muir) 361.
—, Epidemie von (Fels) 360.
—, Mikrobiologie der (Zlatogoroff) 360.
—, Nagelveränderung bei (Feer) 357.
—, Nichtempfänglichkeit der Neugeborenen für (Graham) 75.
—, Virus der 360.
— -behandlung und Bronchopneumoniebehandlung (Méry) 361.
Morbus Addisonii 31. 567. 665; (Goldschmidt) 618; (Karpeles) 618; (Moleen) 617. 618.
—, akuter Verlauf des (Fischer) 618.

Digitized by Google

Morbus Addisonii ohne Bronzefärbung der Haut (Gresbeck) 618.
— eingeleitet durch Influenza (Jacques) 161.
—, intermittierende Polyurie bei (Bendix) 618.
— maculosus Werlhofii 347; — tödlicher (Grünberger) 348; (Moritz) 348.
— gallicus s. Syphilis.
Morphaea 337.
Morphinismus 468. 529. 606.
Mucocelluläres Neugebilde (à la Krukenbergscher Tumor), klinisch Myxödem vortäuschend (Schlagenhaufer) 156.
Mückenstiche 51.
Mumps 397.
Muskeltätigkeit, lokale Beeinflussung abnormer Hauternährung der (Halpern) 55.
Mycetom 329.
Myelitis syphilitica 134.
Myelitischer Herd im Dorsalmark (Bloch) 124.
Myocarditis 406. 408. 409. 480.
Mykosis fungoides 50. 123. 124. 158. 160. 267. 272. 328. 336. 463. 577. 645; (Möller) 457; (Krasnoglasow) 31.
—, Kasuistik nach Arsenbehandlung (Brühann) 153.
— mit mikroskopisch-anatomischem Befund von Ucke (Schiele) 533.
Myom 50. 129. 216. 226. 395. 467.
—, perivaskuläres, der Haut (Angiomyom) (Migliorini) 610.
Myxödem 56. 156. 577. 664.
—, Geisteszustand bei (Wolseley) 165.
— und Glycosurie (Knöpfelmacher) 164.

Naevus 27. 50. 52. 54. 62. 95. 158. 314. 315. 337—341. 382. 384. 386—389. 427. 575. 630. 645—647.
—, Behandlung des circumskripten (Variot) 669.
—, fibroangiomatöser 384.
— linearis 55; (Heidingsfeld) 168.
— pigmentosus 128; — disseminatus bei Hydrocephalus (Frank) 168.
—, ein Symptom der Malignität bei Tumoren? (Boucaud) 333.
— vascularis 63. 128. 382; — zur Heilung (*Dreuw) 544.
—, weicher (Migliorini) 294.
—, lymphangiomatöser (Blaschko) 600.
— pigmentosus et pilaris 460.
— pilosus (Scherber) 463.
— sebaceus 129. 382. 388. 389.
—, Riesen-, spontane Involution eines (Spitzer) 313.
— Portwein-, Behandlung mit Radiumbromid (Hartiger) 95.
Naevocarcinome 53.
Naevomelanome 53.
Naevusform an der Brust (Buschke) 649.
Naevuszellen 53.
Nagelaffektion, sekundär-luetisch, symmetrisch (Müllern-Aspegren) 460.
Nagelerkrankung, verbunden mit Arthritis der Endgelenke der Finger und Zehen (Hartzell) 623.
—, kasuistischer Beitrag zur (Heynemann) 624.
Nagelfavus (Onychomykosis favosa) (Hoffmann) 151.
Nagelfurchen, pathologische (Dimitroff) 624.
Naphtol 65. 638. 640.
Narbencarcinom auf der Basis einer alten Brandverletzung (Feldmann) 158.
Narben, chronisch-hyperämische 646.
Narbenkeloid 153.
Narbenstrikturen der Urethra, radikale Heilung mit der elektrolytischen Nadel (Selhorst) 466.
Natriumhypochlorit 362.
Nebennierenextrakt s. Adrenalin.
Nebenhodentumoren, primäre maligne (Krafft) 211.
Nebennierenpräparate (Baum) 465. 646.
Nebennierentuberkulose ohne Morbus Addisonii (Karpeles) 618.
Nekrose der Nasenhaut mit Ausstoſsung des Paraffins (Heller) 601.
Nelaton-Katheter 172.
Neomalthusianismus (Rohleder) 319. 468. 606.
Nephritis 72. 93. 94. 98. 106. 206. 221. 224. 324. 343. 356. 403. 464. 465. 529. 572. 573. 574. 652. 671.
— und Hämaturie (Albarran) 224.
— mit malignem, fulminantem Verlauf nach Angina follicularis (Einis) 568.
—, schwere, nach Einreibung eines Scabiösen mit Perubalsam (Gassmann) 64.
— als Komplikation von Skorbut beim Säugling (Still) 348.
— syphilitica acuta praecox (Röver) 518; (Thiemann) 518.
Neuritis 124. 140. 141.
Neurodermitis linearis 56.
Neurofibromatosis, multiple (Merk) 199.
—, zentrale, mit multiplen Neurofibromen der Haut (Richter) 615.
— generalisata mit Molluscum pendulum der rechten Gesichtshälfte und Ptosis des Ohres (Benaky) 128.
Neurome, plexiforme oder verästelte (Delfosse) 614.
Nichtparasitäre Hautreaktionen (Roberts) 38.
Nieren- und Blasensteine, Häufigkeit der (Gran) 210.
Nierenechinococcus 224.

Digitized by Google

Nierenerkrankungen, chirurgische, Diagnose und Kasuistik (Marguliers) 202.
Nierenerkrankungen, operative Behandlung der (Berg) 202.
Nierenkapsel - Lösung, Indikationen der (Kime) 324.
Nierenkrankheiten, Quartalsbericht (Weil) 202.
Nierenleiden 66. 222. 468.
Niere, Riesenkonkrement (Scheild) 219.
Nieren, intravesikale Trennung des Urins der beiden (Luys) 322.
Nierenveränderungen nach Sublimatvergiftung (Rossi) 342.
Nierenmangel, angeborener (Aplasia s. Agenesia renis) (Owtschinnikow) 467.
Nitrobenzolvergiftung mit tödlichem Ausgang, durch Absorption von Schuhwichse von der Haut aus (Stone) 333.
Noma 258; (Róna) 644.
—, Bakteriologie der (Hofmann und Küster) 577.
— nach Typhus (Tillis) 536.
Nosokomialgangrän 644.
Novargan 38.

Ödeme 164. 166. 351. 404. 459. 507. 535.
Oedema cutis circumscriptum acutum 50.
— neonatorum 155.
—, angioneurotisches 66. 72; (Morris) 343.
—, neurotrophisches und vasomotorisches der rechten oberen Extremität (Testi) 343.
—, chronisches, im Gesicht (Afzelius) 458.
—, erstarrtes 462.
—, hartes traumatisches des Handrückens (Reiske) 343.
—, hereditäres (Fairbanks) 66.
—, malignes, Bacillus des (Bachmann) 530.
— Quincke 343.
—, subcutanes 477.
—, mechanische Behandlung des (Colombo) 344.
—, indurativés 372.
— renalen Ursprungs 475.
— und Chlorverbindungen (Rénon) 343.
Offener Brief an Neisser (Rhoden) 280.
*Oleum cadinum und Anthrasol (Mibelli) 119.
— cinereum Vasenoli (Thimm) 315.
— gynocardii 415.
Oligurie 222.
Onanie 214. 215. 286. 290. 675.
—, Folgen der (Porosz) 468. 606.
—, zur Naturgeschichte der (Marcuse) 318
Onychia 249.
Onychogryphosis, kongenitale (Müller) 624.
Onycholysis 26.
Ophthalmia neonatorum (Labusquière) 41.
Orchiepididymitis 652.
Orchido 422.
Orientbeule 267.
Orientgeschwür, Ätiologie, Parasiten des (Marzynowski) 456.
—, der Leishman-Donoransche Parasit in dem (Christophers) 149.
Osendo 250.
Osteoperiostitis (Gaucher) 656.
Ovariin bei Akne indurata 56.
Ozaena 27. 513.
— luetica (Gaucher) 135.

Pachydermie 318.
Pagetsche Krankheit 471. 577. 582; (Tschlenoff) 405. 570.
—, Beziehungen zur hereditären Syphilis (Etienne) 129.
Panaritium 415. 423. 528. 531.
—, Behandlung des (Riedel) 531.
Papillofibromata 616.
Papilloma 314.
— durch Berührung mit Warzen (Druelle) 291.
—, entzündliches (Simon) 617.
—, mächtige, circa anum (Spitzer) 396.
— der Blase (Schliep) 209.
— der Zunge (Berger) 617.
Papillomatöse Vegetationen und Neubildung und ihre Beziehung zu einigen Mikroparasiten (Antonelli) 609.
Paraffin 467.
Paraffinausstofsung mit Nekrose (Heller) 601.
Paraffinprothesen (Eckstein) 27.
Paraleprose (Hansen) 415.
Paralyse 134. 135. 139. 143. 325. 478. 500. 656. 657. 658. 659.
—, progressive 132. 140. 289.
—, Frühdiagnose der (Hirschl) 113.
Paralysis agitans und Sklerodermie (Luzzatto) 166. 665.
Paranoia 115. 297.
Parasporiasis (Brocq) 146.
Parasyphilitische Systemerkrankungen 139.
Parkinsonsche Krankheit 166.
Pancreatitis 217.
Panu 235.
Papulöser Ausschlag (Chrismar) 26.
Parasitentheorie der Geschwulstentstehung (Keding) 332. 333.
Parotitis 358.
Parrotsche Krankheit (Kirmisson) 481. 521.
Pathek 236. 237. 239. 242.
Pediculi 23. 640.

d by Google

Peliosis rheumatica (J. Müller) 348.
Pellagra 50. 643; (Calvi) 43.
—, frühzeitige Diagnose der (Lucatello) 346.
—, Serotherapie der (Antonini und Mariani) 346.
Pemphigus 198. 199. 221. 247. 266. 398. 515. 576; (Spiegler) 463.
— acutus (Saundry) 80.
— circinatus (Mraček) 462.
— conjunctivae (Symblepharon) 124.
— foliaceus 206. 537; — Cazenave, Blutveränderungen (Grinew) 93.
—, Kasuistik des (Knabe) 527.
—, Klinik und Pathogenese des (Weidenfeld) 136.
—, Veränderung des Knochenmarks bei (Pelagatti) 573. 610.
— neonatorum 577.
— des Oesophagus (Tamerl) 147.
— pruriginosus 50; (Eisenberg) 604.
— der Schleimhäute (Méneau) 406.
— serpiginosus (Mraček) 462. 463.
— syphiliticus 144.
— als Ausdruck der Syphilotoxämie und des lokalen Reizes (Ferretti) 43. 661.
— vegetans 355. 576; — mit Tumoren (Zumbusch) 198.
—, Vioformanwendung bei (Alexander) 527.
Penicillium brevicaule 304.
Pericarditis 409.
Pericystitis 131. 281.
Perifolliculitis 265.
Perinephritiden 131.
Periostitis 144; (Gaucher) 655.
Peritonitis 228.
Periurethritis 216.
— des Mannes, Kasuistik der (Schilcher) 171.
Perlèche s. Angulus infectiosus.
Perniones 439. 441.
Peronin 73.
Perubalsam 64. 65.
— bei der Wundbehandlung (Burger) 342.
Peruol (Sprecher) 147.
Pestbacillus 150.
Pestserum 412.
Pflasterepithelkrebs 209.
Phalangitis gummosa (Sokolow) 127.
Phallokos (Marschalkó) 201.
Phenacetin 69.
Phimosis 171. 248. 376. 515. 671. 674.
—, Behandlung der (Bartsch) 170.
— mit Chancre double (Gaucher) 135.
— acquisita (Rille) 673.
Phlebitiden der Sekundärperiode der Lues (Jullien) 476.
Phlebitis 26. 130. 197. 230. 399. 400. 401.
—, blennorrhoische 404.
—, rezidivierende, wandernde (Buschke) 32.
—, syphilitische (Marcuse) 278.
Phlegmone 65. 340.
Phlégmone lingneux du cou nach Reclus (Merkel) 530.
Phosphatdiathese, geheilt durch Dehnung der Harnröhre (Mundorff) 226.
Phosphaturie 169. 170.
Photodynamische Substanzen, Einfluſs auf die Wirkung der Röntgenstrahlen (Kothe) 337.
Phototherapie s. Lichtbehandlung und Lichtstrahlen.
—, Radiotherapie und Hochfrequenzströme bei Hautkrankheiten, ein Vergleich (Allen) 62.
Photokaustik 334.
Pian 236. 276.
Pigmentanomalien (Leiner) 398.
Pigmentflecke 314.
Pigmentierungen der Haut (Sotier) 56.
Pigmentmäler 52. 53. 54. 328
Pigmentnaevus mit Melanosarkom und Leukosarkom (Marcus) 161.
Pigmentsarkom, idiopathisches, multiples (Weber und Daser) 608.
Pigmenttumoren (Migliorini) 294.
Pili moniliformes (Bering) 648.
Pilocarpin bei Prurigo, Skleroderma und Alopecia areata 56.
Pilosebaceum hydradenoma 382.
Piroplasma orientale 457.
Pityriasis 64. 525. 526. 577.
— alba capilitii 65.
— capitis 571.
— chronica benigna 455.
— lichenoides chronica (Lesser) 25; — (Dermatitis psoriasiformis nodularis, Exanthema psoriasiformis lichenoides) (Rille) 145.
— rosea 65. 375. 576.
Pityriasis rubra 50. 391. 614.
— pilaris 473; (Caspary) 147; (Assmann) 527.
— rubra (Maladie de Devergie) 506.
— Hebra (Halle) 277; (Metscherski) 455.
Pityriasis, seborrhoisches Ekzem und Seborrhoide (Leredde) 292.
— und Schuppenalopecien (Sabouraud) 292.
— versicolor 235. 250. 609. 640. 669.
Plaques im Munde bei einem Raucher (Gaucher) 655.
— muqueuses bei einem hereditär Luetischen 184.
—, totale Aphonie und Leukoderma (Gaucher) 656.
Plasmazellen 198. 263. 264. 272. 293. 400. 425. 430. 434. 435. 575. 590. 591. 594. 634.
— und lymph- und blutbildender Apparat (Bosellini) 293.
—, der Gregarinen (Hoffmann) 512.
Plastische Deckung von Hautdefekten an den Gelenken (Beer) 341.

Pneumococcus 41. 155.
— Fraenkel als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen (Picker) 567.
Pocken s. Variola.
Podagra cutis (Küsel) 125.
Poliomyelitis anterior 166.
Polyarthritis 317. 458.
— rheumatica 346.
Polymyositis und Polyneuritis bei Morbillen (Jessen und Edens) 76.
Polypapilloma tropicum 236. 247. 276.
Polypen 531.
Polypöses Sarkom der Pars bulbosa 675.
Polyurie, reflektorische (Kapsammer) 220.
Postvaccinale Ausschläge (Corlett) 95.
Prämykotisches Exanthem (Weidenfeld) 463
Priapismus 653; (Margulies) 171; (Goebel) 674.
— nocturnus chronicus (Peyer) 171.
Priessnitzscher Umschlag, Hautveränderung nach (Audry) 571.
Primula 69. 70.
Primelkrankheit usw. (Hoffmann) 349.
Probefrühstück, Ewaldsches 343.
Probetrokar (Warschauer) 37.
Proctitis 250.
Prophylaktol (Frank) 202. 284.
Prophylaxe, Allgemeines und Spezielles über (Behrmann) 50.
Prostata, totale Exstirpation der (Freyer) 218.
—, normale und vergröſserte, chirurgische Anatomie der (Walker) 217.
— und Samenblasen, Massage der (Hennig) 317.
Prostataexstirpation, Freyers Methode der (Walker) 218.
Prostatamassage an der Samenblase (Hennig) 467.
— als Heilmittel (Whaley) 323.
Prostatabehandlung (Moore) 324.
Prostatavergröſserung, Ursachen der (Herring) 216.
—, Pathologie der (Daniel) 217.
Prostataabsceſs 216.
Prostatablutungen (Albarran) 327.
Prostatahypertrophie mit totaler Exstirpation (Freyer) 218.
—, moderne Behandlung der (Cabot) 217; (White) 327.
Prostatainfektionen von der Harnröhre aus (Bierhof) 215.
Prostatektomie, Anzeigen und Heilwert der (Goldberg) 652.
—, perineale (Schafranoff) 218.
—, relative Vorteile der suprapubikalen und perinealen (Deanesley) 217.
—, totale (Wallace) 218.
Prostatismus ohne Prostata (Moran) 98.
Prostatitis 130. 169. 171. 180. 201. 209. 215. 224. 320. 321. 323. 468; (Porosz) 200.
Prostatitis, akute, eitrige (Fischer) 216.
—, Jodipinbehandlung der (*Richter) 496.
— posttyphosa chronica (Falkner) 216.
Prostitution 41. 42. 110. 331. 446. 448. 455. 501. 545—563.
— und Armenärzte (Butte) 40.
— und Enthaltsamkeit (Stöcker) 280.
—, Geschichte der (Meissner) 319.
—, ihre gesundheitlichen Schäden und deren Bekämpfung (Blaschko) 478.
—, Kampf gegen die (Pappritz) 34.
—, Reglementierung der 482.
Prostituierte und Ammen (Butte) 40.
Protargol 38. 228. 231. 284. 285. 318. 324. 395. 428. 606.
Protargolsalbe in der Behandlung der Wunden und Hautkrankheiten (Hopmann) 65.
Protektor 285.
Proteus vulgaris 316.
Protozoische Parasiten, Verbreitung in hereditär-syphilitischer Herderkrankung bei Kindern (Schüller) 311.
Pruriginöse Affektionen 62.
Prurigo 30. 54. 56. 64. 65. 79. 336. 337. 472. 613. 640.
— gravis (Ullmann) 462.
— bei Appendicitis 292.
— Hebra 278; — in den Vereinigten Staaten (Corlett) 73.
Pruritus 50. 54. 62. 164. 221. 332. 336. 337. 472. 596.
—, Behandlung (Trémolières) 665.
— ani 640; — Behandlung des (Ball) 666.
— bei Appendicitis (Fournier) 292.
— mit Lichenifikation 133.
— am Scrotum 63.
— vulvae 641; — et ani mit sekundärer Ekzem- und Furunkelbildung 56.
Pseudoalopecia atrophicans crustosa (Wechselmann) 405.
Pseudodiphtheriebazillen 398.
Pseudohermaphroditismus masculinus externus (Schönfeld) 671.
Pseudoleukämie 221.
—, Hautaffektionen der (Brexendorff) 613.
Pseudoplasmazellen 293.
Psoriasis 38. 45. 50. 58. 65. 68. 120. 121. 124. 129. 158. 199. 200. 295. 328. 336. 337. 338. 354. 398. 456. 457. 458. 502. 544. 576. 624. 639. 641. 642. 646; (Burgener) 526.
— erosa 600.
—, halbseitige 56.
— mit nachherigem Leukoderma (Ehrmann) 397; (Buschke) 601; (Ledermann) 394.
— lingualis 502.
—, Pathogenese und Pathologie der (Campana) 609.

Digitized by Google

Psoriasis, durch Röntgenbestrahlung geheilt, Rezidiv (Seegall) 601.
—, die seborrhoische (Darier) 526.
—, urologischer Beitrag zur Pathogenese der (Verrotti) 526.
— vulgaris (Kaufmann) 527; — Behandlung (Bayer) 145; — Statistik (Hirsch) 199.
— syphilitica 372.
— und Lues papulosa (Ehrmann) 396.
— palmaris luetica (Gaucher) 655; — et plantaris syphilitica, Behandlung (Fischl) 51.
Psoriasisbehandlung mit elektrischen Lichtbädern (Afzelius) 459.
Psorospermosis 464; (Hoffmann) 50.
— follicularis vegetans 290.
Psychose und Hautkrankheit (Raschkow) 404.
Ptomainvergiftung mit Abschuppen (Goodman) 346.
Ptosis 139.
Purpura 43. 54. 66. 291. 660; (Barnes) 67.
— annularis telangiektodes (Majocchi) 347.
— bei Appendicitis (Fournier) 292.
— cachectica (Voeckler) 67.
— convalescentium im Gefolge von einer milden Masernattacke (Fortune) 361.
— bei Icterus neonatorum (Talley) 348.
— der kleinen Kinder (Simon) 347.
— orthostatica (Saundry) 80.
— rheumatica 347.
— tabetica 645.
— variolosa 77.
Puru 236. 242. 245. 246. 247. 248.
Pustula maligna s. Anthrax.
Pustulöse Hautkrankheit (Sederholm) 461.
Pyämie 54.
Pyelitis 169; (Fraenkel) 35.
— calculosa 357.
Pyelonephritis 209. 216. 225.
Pyosalpinx 228.

Quecksilberabgabe der Mercolintschürzen (Loeb) 200.
Quecksilberdarreichung bei Kindern, verschiedene Methoden (Variot) 524.
Quecksilbereinspritzungen (Sullien) 291.
Quecksilberinjektionen 509.
— bei Neurosen von syphilitischem Ursprung (Faure) 509.
Quecksilberpräparate, lösliche, bei der Behandlung der Syphilis (Tobias) 145.
Quecksilberresorbin 116.
Quecksilbersepsis (Eichhorst) 529.

Radesyge 421. 422.
Radiometer, Holzknechtsches (Schmidt) 25.
Radium 46. 58—61. 62. 64. 95. 100. 336. 338. 443. 682. 651.
— und Thorium, weitere Beobachtungen über deren therapeutischen Wert (MacLeod) 60.
— bei der Lupusbehandlung 62.
— und seine therapeutischen Möglichkeiten (Pusey) 61.
— und sensibilisierende Substanzen, therapeutische Versuche (Polland) 338.
Radiumtherapie, gegenwärtiger Stand der (O'Brien) 60.
Radiumkapsel, Resultat einer sechsten Applikation der (Schiff) 398.
Radiumstrahlen, Wirkung auf tierische Gewebe (Heineke) 339.
—, Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der (Werner und Hirschel) 339.
Radiometrisches Verfahren, ein neues (Freund) 60.
Radiotherapie s. auch Röntgenstrahlen.
— bei den malignen Tumoren (François) 159.
Rasierpinsel, hygienischer (Blaschko) 279.
Rauschbrandbacillus 530.
Raynaudsche Krankheit 206. 665; (Strauss) 67.
— mit tödlichem Ausgang (Cureton) 66.
Reagenzpapier 25.
Reaktionsfähigkeit, leichte, auf geringe Reize (Baum) 124.
Recklinghausensche Krankheit 199.
Reformkleidung 38.
Resinol 73.
Resorbin 28. 51.
Resorcin 355. 650.
Rete Malpighii, Intercellularbrücken des (Polverini) 329.
Retentio testis abdominalis 213.
Rhagaden 32. 445.
Rhinophyma, außerordentlich stark entwickeltes 152.
— und ähnliche angiomatöse elephantiastische Erscheinungen an der Haut (Croneberg) 531.
—, Radikalbehandlung durch Galvanokaustik (Bloebaum) 531.
Rhinoskleroma 577; (Pini) 151.
— in Deutschland (Lissauer) 531.
—, Histologie des (Schridde) 198.
Rhodanausscheidung im Speichel und Syphilisinfektion (Metzner) 106.
Rhodens offener Brief und Antwort darauf 280.
Riesenzellen 40. 43. 177. 179. 272. 293. 400. 401. 416. 430. 431. 437. 464. 519. 528. 569. 575. 590. 591. 594. 649. 650. 660.

Digitized by Google

Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues und Leber (Binder) 115.
Ringwurm s. Trichophytie.
Röntgenstrahlen 24. 25. 58. 60–64. 68. 100. 125. 126. 146. 151. 157. 158. 159. 160. 163. 223. 325. 328. 334. 335. 338. 339. 341. 350. 351. 415. 416. 420. 457. 467. 471. 528. 577. 582. 583. 601. 602. 612. 670. 672; (Bulkley) 327.
—, Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen, Bedeutung für die Radiotherapie (Perthes) 58.
—, Indikation der Behandlung in der Dermatologie (Scholtz) 336.
—, Behandlung der Hautkrankheiten (Müller) 56.
— und hochgespannte Ströme, typische Beispiele der Behandlung (Wigmore) 58.
— und Finsenlicht bei der Behandlung der Hautkrankheiten (Schamberg) 337.
—, lokale und allgemeine Wirkung (Baermann und Linsen) 57.
—, Einfluſs photodynamischer Substanzen auf die Wirkung der (Kothe) 337.
— hochfrequente Ströme und ultraviolette Strahlen, einige Ergebnisse (Codd) 58.
—, Lupus und Carcinom (Walker) 420.
—, Behandlung mit (Ewart) 335; — bei Hautkrankheiten (Pfahler) 337.
Röntgenbehandlung bei Lupus 58.
— der Sykosis non parasitaria (Schnelle) 527.
Röntgennomenklatur 676.
Röntgenreaktion, Gleichmäſsigkeit (Holzknecht) 335.
Röntgen- und Radiumstrahlen, Behandlung mit (Morton) 59; —, Wirkung der (Scholtz) 59; — auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere (Seldin) 58.
Röntgentherapie (Hahn) 336.
—, Erfolge der (Schiff) 57.
— und phototherapeutisches Institut der Lesserschen Klinik für Hautkrankheiten (Terzaghi) 295.
Röntgenwirkung auf die normale menschliche Haut, Histologie der (Linser) 329.
Röntgenbestrahlung, bleibende Hautveränderung nach (Freund und Oppenheim) 68.
Röntgendermatitis, zwei Fälle von (Huhmann) 69; (Mühsam) 350; (Schmidt) 25; (Stenbeck) 459.
—, Therapie und forensische Begutachtung (Freund) 69.
— und Haarausfall 126.
— der Radiologen (Unna) 350.
Röntgenschäden 57. 59. 63. 69. 328.
Röntgenulcera, Beitrag zur chirurgischen Behandlung und Histologie der (Baermann und Linser) 69.
Rosacea 50. 152. 340. 404. 427. 531. 646. 647.
— -ähnliche Affektion (Almkvist) 460.
—, intranasale Reizung als Ursache der (Lloyd) 531.
Roseola 93. 134. 230. 294. 477. 478. 512. 654. 658.
— circinata (Gaucher) 656.
Rotationsinstrument (Kromayer) 313.
Röteln 73. 103. 362. 422.
Rotlauf s. Erysipel.
Rotlichtbehandlung 27.
— bei Pocken (Ricketts und Byles) 77. 366.
Rotz s. Malleus.
Rupia 31. 247. 268. 271.
— luetica (Gaucher) 655.
Russelsches Gesetz 40.

Sahlische Probe 221.
Salben, Gefährlichkeit bei den Hautkrankheiten (Leredde) 472.
—, praktische Notizen über ihre Anwendung und ihren Miſsbrauch (Bulkley) 341.
Salbenverband in der Dermatologie (Leredde) 472.
Salol 225.
Salze, Haftung an der Haut (Kirchgraber) 333.
Samariter (Blokusewski) 201.
Samenblase, Entwicklungsstörungen und Geschwülste (Burkard-Brooklyn) 213.
Samenblasenerkrankungen, Ätiologie und Pathologie (Weisz) 213.
Samenblasengeschwülste, bösartige (Teubert) 214.
Sandelholzarten und Dermatitis (Bidie) 352.
Sanitas-Olive, „Kelch“ (Blokusewski) 202.
Sapolan (Zakrzewski) 652.
Sarcoptes equi et porci 610.
Sarkocele 213.
Sarkoid 464.
—, multiples benignes (Boeck) 197. 401; (Français) 571.
Sarkoide Geschwülste (Lesser und Rosenthal) 279.
Sarkom 39. 53. 101. 110. 157. 159. 160. 195. 211. 327. 335. 336. 338. 339. 408. 528. 541. 601. 613.
— mit Epitheleinschlüssen (Günder) 160.
— der Harnblase (Jäger) 209.
— des Hodens auf traumatischer Basis (Brunne) 215.
—, idiopathisches, multiples hämorrhagisches (Weber und Daser) 608.
—, kindsfaustgroſses (Wisniewski) 604.

Digitized by Google

Sarkom, multiples (Taylor) 160; — hämorrhagisches, idiopathisches (Sommer) 159; (Halle) 194. 279; (Radaeli) 613.
—, polypöses der Pars bulbosa 675.
Sarkome der Samenstranghüllen, Kasuistik (Richter) 212.
Sarkomparasit 312.
Scabies 24. 64. 65. 221. 472. 576. 639. 654.
—, Behandlung der (Hodara) 310.
— mit chancriformem Geschwür (Druelle) 291.
— und Roseola syphilitica (Gaucher) 655.
— Behandlung der (Hodara) 310.
—, ein neues Mittel, das Peruol (Sprecher) 147.
Scarlatina 27. 42. 73. 75. 206. 222. 345. 346. 352. 355. 356. 361. 362. 364. 403. 422. 585. 586. 587. 589. 593. 665.
—, chirurgische (Hamilton) 75.
—, Gelenkerkrankungen bei (Brade) 356.
— bei Ichthyosis (Leiner) 396.
—, ist sie möglicherweise als eine Lokalaffektion aufzufassen? (Gerrard) 74.
—, Herzstörungen und ihre Folgen bei (Schmaltz) 357.
— und Masern, Nagelveränderung (Feer) 357; — bei derselben Person (Caddick) 74.
—, Behandlung der (Nasarow) 358.
—, Serumbehandlung (Scholz) 359.
—, Behandlung mit Antistreptokokkenserum (Chopman) 75; (Shaw) 359.
—, Urotropin zur Verhütung von Nephritis bei (Buttersack) 357.
—, Abscesse bei (Ritschter) 356.
—, Epidemie von (Thornton) 74.
—, Fieber, kortikale Hämorrhagien nach (Southard und Sims) 356.
— und scharlachartige Affektionen, Diagnose (Schamberg) 359.
— -Nephritis und Urotropin (Schick) 356.
—, Rheumatismus nach 357.
Scarlatinarezidiv (von Gelderen) 355; (Richmond) 355.
Scarlatinoid (Klein) 362.
Schanker, weicher, s. Ulcus molle.
—, harter, s. Initialsklerose.
Schankriformes Geschwür bei Scabies (Druelle) 291.
Schankerartiges Syphilid, welches einen Primäraffekt vortäuscht 134.
Scharlach s. Scarlatina.
Schaumzellen 198.
Scheidenspülung mit Lysollösung, Universales Exanthem nach (Thomsen) 66.
Schilddrüse 156.
Schilddrüsenpräparate bei Myxödem 56.
Schleichsche Infiltrationsanästhesie 314.
Schleimhautkrankheiten in ihren Beziehungen zu den Hautkrankheiten (Engman) 472; (Fordyce) 471.
Schnaufen, chronisches, angeborenes (Marfan) 660.
Schönleinsche Krankheit 347.
Schuhwichse, Vergiftung von der Haut aus (Stone) 333.
Schuppenalopecien (Sabouraud) 292.
Schutzkerze 285.
Schwangerschaftsnarben und die varikösen Erweiterungen der kleinen Hautvenen 620.
Schwefeltherapie und Schwefelpräparate 21.
Schweifsabsonderung (Platter) 667.
—, Behandlung der (Schuppenhauer) 666.
Schweifssekretion, abnorme, bei Appendicitis (Fournier) 292.
—, halbseitige Störungen der (Urbantschitsch) 667.
Sclavosches Serum bei Anthrax (Lockwood und Andrewes) 579.
Seborrhoea 295. 525. 571. 577. 582. 611. 619. 626. 641.
—, hereditäre (Jacquet und Rondeau) 320.
Seborrhoide (Leredde) 292.
Seborrhoid vegetans 290.
Sehnervenatrophie, Ätiologie der (Ispolatowsky) 521.
Seifen, neutrale (Rasmussen) 334.
Seitenkettentheorie, Ehrlichsche, und ihre Bedeutung für die medizinische Wissenschaft (Römer) 503.
Seemannshautcarcinom (Dalous und Constantin) 128.
Sensibilisation und Lichtbehandlung, klinische Mitteilung über (Forchhammer) 340.
Sensibilisierende Substanzen, therapeutische Versuche mit (Polland) 338.
Sensibilisierung nach Dreyer 405.
Sensibilitätsstörungen der Haut (Trémolières) 331.
Sepsis 150. 349. 421. 529.
Septische Exantheme (Novak) 403.
Seuche, hessische, dithmarsische, jütländische, lithauische 422.
Sexualorgane und Frauentracht (Glitsch) 37.
Sexuelle Moral (Siebert) 36.
— Zwischenstufen (Moll) 670; — unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität (Hirschfeld) 505.
Sibbens 270. 422.
Silberpräparate (speziell moderne) bei Blennorrhoe (R. Loeb) 317.
Silbersalze bei der Blennorrhoe (Baum) 233.
—, Mechanismus der Wirkung auf die Urethralschleimhaut der Hunde (Calderone) 609.
Sittlichkeit, Spezialkommission (Butte) 41. 42.
Skerljevo 422.

Digitized by Google

Skleradenitis 375. 376.
Sklerodermia 50. 56. 68. 457. 462. 643; (Payot) 628; (Metscherski) 627; (Rosenthal) 25.
—, Infektion, Gefäfs- und Blutdrüsenkrankungen (Huismans) 663.
— und Paralysis agitans (Luzzatti) 166. 665.
— en plaques (Ullmann) 461.
— und Sklerodaktylie (Mälchers) 665.
—, circumskripte, behandelt mit Mesenterialdrüse (Schwerdt) 664.
— diffusa (Geerlings) 166; — et circumscripta mit Sklerodaktylie (Harm) 664.
Sklerom 198.
— posterysipelatöses (v. Holten) 533.
Sklerombazillen 198.
Skorbut 221. 422; (Erben) 225.
—, Ätiologie des (Coplans) 67.
— bei Säuglingen mit Nephritis (Still) 348.
Skrophuloderma 63. 92. 95. 102. 126. 417. 626.
— und Tuberculid papulo-necrotique (Spitzer) 462.
Skrophulose 92 405. 416. 503. 568. 569. 576. 577. 588.
Skrotum, Bildung eines neuen (Bisset) 172.
Soki 272.
Sommersprossen 314.
Soor (Neumann) 462.
— bei einer Tuberkulösen (Spitzer) 462.
Spermatorrhoe 653.
Spezialbuchhaltung für Ärzte (Baumann) 408.
Spickmethode 444.
Spirochaeten 644.
Spermatocystitis 496. 498.
Spyrokolon 422.
Stampingout-System (Voigt) 363.
Staphylococcus-Vaccine (Wright) 149.
Staphylokokken 153. 154. 155. 279. 295. 316. 365. 403. 467. 529. 649.
Steine 208. 210. 652. 674. 676.
—, Sectio alta bei (Delefosse) 289.
Stomakace (Rona) 644.
Stomatitis 71. 232. 362. 369. 370. 374. 378. 477. 529. 536. 644.
— gangraenosa idiopathica (Róna) 644.
— mercurialis ulcerosa gangraenosa (Róna) 644.
— ulcerosa membranacea (Kelsch) 150.
Streptobazillen 580. 581.
Streptococcus variolo-vaccinalis 364.
Streptokokken 43. 74. 153. 155. 156. 316. 348. 355. 356. 359 365. 398. 403. 467. 602. 636. 649. 661.
Streptokokkenurethritis 649.
Streptotricose der Harnwege (Bruni) 97. 466.
Striae patellares (Bunch) 287.
Strichförmige Dermatosen (Reichel) 55.
Strikturen 647. 652.
—, entzündliche, der Pars posterior urethrae (Le Fûr) 320.
— der Harnröhre (Paege) 675.
Sublimatvergiftung mit Nierenveränderungen (Rossi) 342.
Sudamina 571.
Sulfonal (Thornton) 225.
Superinfektion und Primäraffekt (Detre-Deutsch) 106.
Suprarenin 32. 318. 467.
Suspensorium, Universal- (Bernstein) 427.
Sykosis 51. 65. 149. 295. 335. 336. 337. 577; (Wright) 149.
— non parasitaria (Schnelle) 527.
— parasitaria (Trichophytia barbae) 275.
Symbolae ad morphographiam membri virilis (Bergh) 170.
Syringocystadenom (Wilhelm) 395.
Syringom (Csillac) 29.
Syringomyelie 101. 102. 204. 205. 343. 659. 665.
— mit Malum perforans (Ehrmann) 462.
Syphilid (Scherber) 463.
—, miliäres 473.
—, tertiäres, des Gesichts (Gaucher) 655.
—, framboesieformes, an der Stirn (Marcuse) 278.
—, kleinpapulöses (Ehrmann) 397.
—, kleinpustulöses (Grünfeld) 396.
— mit orbikulären seborrhoischen Papeln (Finger) 398.
—, Narbe nach einem papulo-tuberösen (*Fick) 175.
—, papulo-squamöses (Gaucher) 655.
—, pigmentäres, des Nackens (Gaucher) 135.
—, Satelliten- (Ohmann-Dumesnil) 139.
—, ulcero-krustöses, im Gesicht (Marcuse) 277.
Syphilis 25. 26. 30. 31. 36. 37. 39. 42. 43 54. 55. 63. 101. 109. 110. 111. 113. 114. 127. 129. 134. 135. 139. 140. 141. 142. 144. 147. 155. 156. 158. 160. 179. 195 197. 200. 205. 227. 242. 249. 253. 254. 255. 256. 258. 267. 268. 270. 277. 282. 285. 290. 291. 314. 331. 342. 355. 367. 398. 401. 408. 409. 411. 422. 446. 449. 455. 456. 457. 459. 460. 462. 463. 467. 468. 469. 476. 477. 478. 479. 481. 500. 502. 509. 514. 515. 516. 518 519. 520. 521. 523. 527. 529. 534. 535. 541. 545. 546. 557. 558. 559. 576. 591. 603. 606. 607. 633. 636. 637. 645. 647. 654. 655. 656. 659. 660. 661. 673. 674.
— (Gaucher) 133. 135.
—, Ätiologie der (Siegel) 513.
—, akquirierte. Einflufs auf die Ätiologie der Keratitis parenchymatosa (Delsaut) 521.
— des Arztes (Pérot) 657.

Digitized by Google

Syphilis nach Arteriosklerose in ihrem Verhältnis zur Entstehung des Aortenaneurysmas (Briesemeister) 520.
— im Altertum, speziell in China und Japan (Suzuki) 105.
— und Alkohol in ihren Beziehungen zur progressiven Paralyse (Grote) 521.
— und andere Dermatosen, Alter in Amerika (Neumann) 509.
— und Aorta (Guilly) 658.
— nach Aortenerkrankung (Amende) 107.
— des Auges (Galezowski) 481; — und seiner Adnexe (Terrien) 656.
—, chirurgische (Rosenberger) 424.
— cerebrospinalis (Henneberg) 112.
—, Diagnose ex juvantibus (Klemperer) 117; (Rosenbach) 117.
— und Hauttuberkulose, kombinierte (Gaucher) 655.
Syphilis hereditaria 107. 115. 129. 142. 289. 480. 510. 511. 601. 656; (Cotell) 513; (Kühnlein) 115. (Gaucher) 655; (Marfan) 660.
— hereditaria tarda (Nobl) 462; (Campbell) 116. 135. 518; (Gaucher) 655.
—, die guten Wirkungen des grauen Pulvers (Hydrargyrum cum creta) bei (Variot) 524.
—, hereditäre, tödliche Blutung aus der Leber bei einem Neugeborenen (Shukowski) 514.
—, hereditäre, die visceralen Erscheinungen der sekundären in den Atmungsorganen und der Leber (Gaucher) 481.
—, kongenitale der Leber, Riesenzellenbildung (Binder) 115.
Syphilis der Nase (Hellat) 108.
— des Nervensystems (Buracynski) 110.
— papulosa und Psoriasis (Ehrmann) 396.
— oder Tuberkulose (Gaucher) 135.
—, tertiäre, Beziehungen zur Tabes und Paralyssis (*Guszman und Hudovernig) 4.
— und Tumor cerebri, Differentialdiagnose (Domanski) 110.
— ventriculi (Schmaler) 109.
— als Berufskrankheit der Ärzte (Blaschko) 423.
—, Beziehung der chronischen sklerosierenden Gastritis (Linitis plastica Brintons) zur (Feser) 517; — zur progressiven Paralyse 140; — zur Rhachitis 136; — des Schankers zur Schwere der (Portucalis) 207.
—, Blennorrhoe und Scabies gleichzeitig 134.
— cerebralis praecox, kombiniert mit Exophthalmus (Dauchez) 662.
— cerebrale, psychische Erscheinungen (Ziehen) 656.
— d'emblée (Cozanet) 425.
Syphilis, Diagnose (Orlipski) 34.
—, diffuse intrakanielle, Differentialdiagnose zwischen multiplen bezw. solitären Hirntumoren und (Mills) 110.
— oder Epitheliom? (Gaucher) 656.
—, Eruptionsikterus bei (Goldstein) 516.
—, erworbene, bei einer hereditär Luetischen 134.
—, Fortschritte der Lehre und Bedeutung der zahnärztlichen Tätigkeit für Bekämpfung und Verhütung der (Hoffmann) 510.
— und Framboësie 268. 269. 270. 271.
— (aus Gauchers Poliklinik) (Lévy-Bing) 654.
— des Gehirns und allgemeine Paralyse, anatomische Untersuchung der (Pavlekovic) 141.
— des Gehirns, schwere (Dreyer) 393.
—, Geschichte der (Proksch) 421.
—, Gesundheitszustand bei den nichtinskribierten Prostituierten zu Paris in bezug auf (Butte) 290.
— gummosa der Vulva bei einem Sechzigjährigen 134.
—, gutartige (Gaucher) 656.
— haemorrhagica neonatorum (Hess) 142.
— Hémoglobinurie paroxystique à frigore (Balzer) 206.
— beim Kinde (Jaubert) 513.
—, Herderkrankungen bei Kindern und Verbreitung der protozoischen Parasiten in denselben (Schüller) 311.
—, linienförmige Narben bei (Poór) 568.
—, Pseudoparalyse oder Parrotsche Krankheit bei (Gaucher) 521.
— des Herzens (Romanow) 480; Linneborn) 520; — seltener Fall von gummöser, grofsknotiger (Würth) 480.
— der Knochen, hereditäre (Parrotsche Krankheit) (Kirmisson) 481.
— und schwere Hysterie (Raymond) 140.
—, Ikterus bei sekundärer (Calvert) 108.
—, Übertragung auf Affen (Neisser) 138.
— infantium (Still) 483; — Behandlung (Gottheil) 482.
—, zweimalige Infektion mit (Oltramare) 503.
— bei einem sechsjährigen Knaben (Lydston) 107.
— konstruiert, wie man etwa erforderliche (Gläser) 511.
—, Dauer der Kontagiosität (Fourcade) 511.
—, konzeptionelle (Gaucher) 655; — Spätsymptome 289.
—, latente 140. 289. 425; — mit traumatischer Psychose (Stolper) 482.
— der Leber, Pfortaderthrombose mit tödlicher Magen- u. Darmblutung (Klamm) 517.

Digitized by Google

Syphilis der Lippen, der Zunge und des Kehlkopfes (Weber) 517.
— de l'oeil et de ses annexes (Terrien) 296.
—, das Verhalten des Liquor cerebrospinalis während tertiärer (Ravaut) 288.
— des Magens (Hoover) 109; (Hayem) 658.
— und Malaria (Gaucher) 655.
— maligna (Gaucher) 656; (Buschke) 394; (Weik) 425; — praecox 135.
— und Malum perforans 500.
— des Mediastinums (Mammelis) 109.
— der Mütter und der Neugeborenen (Mraček) 107.
—, Morbidität der männlichen Bevölkerung Astrachans an (Sawin) 510.
—, Narben der Genitalgegend bei Rückschlufs auf (Cooper) 511.
— der Nerven (Gaucher) 654.
—, Paraplegie der Beine infolge von (Roscher) 123.
— und parasyphilitische Affektionen, diagnostische Bedeutung der Cerebrospinalflüssigkeit bei (Nobl) 138.
— und allgemeine Paralysis (Fournier) 661.
— und progressive Paralyse (Koetschet) 112; (Stanziale) 662.
— placentae (Michalski) 516.
— und polymorphes Erythem 135.
— des Pons varoli (Luczycki) 111.
—, Prophylaxe der 50. 202; (Bonnet) 522.
—, Provenienz und Alter der (Neumann) 509.
—, Statistik der tertiären (Lissauer) 142.
— -Tabesfrage s. Tabes-Syphilisfrage.
—, tertiäre Geschwüre bei (Ledermann) 394.
—, Thrombose der Arteria fossae Silvii im Frühstadium der (Mayer) 480.
— der Trachea und der Bronchien (Neumann) 517.
— und Tuberkulose (Gaucher) 134.
—, Lupus, Lichen (Gaucher) 133. 135.
— der Unschuldigen (Bulkley) 326.
—, Venenerkrankung b. sekundärer (Hoffmann) 197; — in der Sekundärperiode (Hoffmann) 399.
— und venerische Krankheiten, öffentliche Prophylaxe der (Ravogli) 331.
—, Vererbung der (Jessionek) 512; (Matzenauer) 512.
— und Vitiligo, Beziehungen (Thibierge) 500.
— vortäuschende Hautaffektion (Ohmann-Dumesnil) 529.
—, numerisches Verhalten der weifsen Blutkörper während der Quecksilberperiode bei (Paulin) 117.
Syphilis der Zirkulationsorgane (Barthélemy) 406.
— des Zirkulationsapparates (Renvers) 426.
Syphilistherapie (Orlipski) 319; (Rosenthal) 143.
—, ambulatorische, durch Welandersche Überstreichungen (Bernstin) 523.
—, Grundsätze der (Düring) 522; (Hallopeau) 142; (Hoch) 482.
—, intensive, unmittelbare und abortive (Duhot) 143.
—, merkurielle Behandlung der (Rybka) 117.
— mit intravenösen Injektionen von Quecksilbersalzen (Barthélemy und Lévy-Bing) 476.
— mit Kalomelinjektionen (Werner) 118.
— der kongenitalen, im Kindesalter (Ravogli) 143.
— auf dem Kontinent (Pollock) 288.
— in der Marine (Clayton) 116.
— von Schleimhautplaques bei sekundärer (Greene) 326.
—, Injektionstherapie der (Schnabel) 523.
—, intensive Behandlung mit Einspritzung von Quecksilberjodid (Lafourcade) 524.
—, kontinuierliche, Behandlung mit intramuskulärer Injektion von Hg salicylicum (Sinclair) 144.
—, die Nachbehandlung der (Bloch) 524.
—, Quecksilberjodid-Jodkaliumlösung bei (Penzoldt) 524.
—, sekundäre (Gaucher) 654; — und Quecksilberkuren, krankhafte Veränderungen des Urins bei (Adler) 93.
—, Schmierkur bei (Neisser u. Siebert) 483.
—, Serotherapie-Resultate (Risso und Cipollina) 483; (Lisle) 483.
Syphilisähnliches Exanthem (Gaucher) 656.
Syphilisbazillen, Schüllersche 277.
Syphilisbacillus von Lille und Jullien (Sowinski) 106.
Syphiliseffloreszenzen, floride, und Schanker gleichzeitig (Gaucher) 135.
Syphilisexperimente, Programm für (Hallopeau) 292.
Syphilisimpfung am Affen (Finger und Landsteiner) 397.
— am Pferde (Piorkowski) 424.
Syphilisinfektion, extragenitale (Moses) 424.
— und Rhodanausscheidungen im Speichel (Metzner) 106.
— und Wiederinfektion 106. 125.
Syphiliskachexie und -Anämie, Behandlung (Sugget) 325.
Syphilislehre, Fortschritte in den letzten 25 Jahren (Finger) 105.

Syphilisparasiten 294. 311. 312. 313. 319. 407. 425. 519.
Syphilitische, Pseudoparalyse oder Parrotsche Krankheit der Hereditär- (Gaucher) 521.
— Aortitiden, Tabes derselben und allgemeine Paralyse (Guilly) 658.
— Augenerkrankungen, Statistik der (Stammwitz) 521.
— Darmstenose (Kaminski) 517.
— und diphtheritische Angina, differentielle Diagnose (Campbell) 426.
— Erkrankungen der Zirkulationsorgane (Düring) 519.
— Familie und ihre Nachkommenschaft (Tarnowsky) 135. 206.
— Papeln, entlang einer Tätowierung 394.
— tertiäres Fieber (Kayser) 407.
— und Gesunde, Hämagglutinationsuntersuchungen bei (Detre und Sellei) 192.
— Augenschanker (Terrien) 515.
— Affektion der Chorioidea (Hofmann) 115.
— Phlebitiden der Sekundärperiode (Jullien) 476.
— der Papille und der Netzhaut (Schröpfer) 141.
— Exantheme, Rezidive (Gaucher) 656.
— Aortenaneurysma (Wiesmüller) 520.
— sekundäre Optikuserkrankung, anatomische Veränderungen der (Wagner) 115.
— sekundäre Nagelveränderungen (Müllern-Aspegren) 460.
— Fötus, Gregarinen (Jessionek und Kiolemenoglou) 425. 512.
—, symmetrisches Aneurysma der Arteria cubitalis. Heilung (Fournier) 477.
— Hydrocephalus (Galatti) 111.
— Lebercirrhose mit Pachydermie des Beines (Benenati) 481.
— Meningomyelitis (Mendler) 112.
— Mittelohreiterung, tertiär- (Baumann) 516.
— Myocarditis 520.
— Nasentumoren (Toeplitz) 108.
— Nebenhodenentzündung (Miller) 481.
— Neuritis der unteren Extremität (Verrotti) 140.
— Neurosen, Quecksilberinjektionen bei (Faure) 509.
— und nichtsyphilitische Hautaffektion, Differentialdiagnose, einschliefslich der Tropenkrankheiten (Pernet) 576.
— Periostitis in der Gegend des Porus acustus internus (Roscher) 123.
— Phlebitis (Marcuse) 278.
— Primäraffekt, therapeutische Bedeutung der Exzision des (Kaku) 106.
— extragenitaler Primäraffekt und die venerischen Geschwüre in ihrer klinischen und volkshygienischen Bedeutung (Neumann) 423.
Syphilitische Roseola und Scabies (Gaucher) 655.
— Säugling, latero-pharyngeale Drüsenphlegmone bei einem (Broca) 480.
— Schanker der rechten vulvo-vaginalen Drüsen (Lévy-Bing) 657.
— Ulcerationen (Gaucher) 654. 655; — im Ileum, akute intestinelle Obstruktion (Elder) 109.
— Ursprung disseminierter Hautgangrän (Pasini) 294.
— Uveitis, kongenital- (Oliver) 116.
— Vegetationen der Eichel (Gaucher) 654.
Syphilitiker, Psychosen der (Angiolella und Galdi) 141.
—, Nephritis acuta praecox der (Röver) 518; (Thiemann) 518
—, Psoriasis palmaris et plantaris, Behandlung der (Fischl) 516.
Syphiliticis et quibusdam aliis, de rebus (Barthélemy) 206.
Syphiloïdes postérosives (Blaschko) 600.
—, squamöse (Cormio) 43.
Syphilographie (Gaucher) 133.
Syphilomata, mit Sarkomen verwechselt 109.
Syphiloserien (Gillet) 482.
Syphilotoxämie (Ferretti) 43. 661.

Tabak 427. 502. 655.
Tabes 106. 114. 135. 139. 140. 143. 171. 205. 289. 407. 426. 500. 511. 522. 527. 657. 662; (Raymond) 659.
—, familiäre, und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Erkrankung (Croner) 481.
—, Aortitiden und allgemeine Paralyse bei Syphilitischen (Guilly) 658.
—, Heilbarkeit der (Leredde) 132.
— und Paralyse (Guszman und Hudovernig) 4.
—, Aortitis und allgemeine Paralyse (Massary) 659.
— -Syphilisfrage (Guszman und Hudovernig) 4.
— ohne Syphilis. Hereditäre Tabes 482.
—, Bedeutung der Syphilis für die Ätiologie der. Fall von Tabes im kindlichen Alter (Preobrashenski) 115.
Tabetiker, Zungentuberkulose der (Caussade) 660.
Tachyol 610.
Talgdrüsenadenome 384.
Talgdrüsen, gehäuft an den kleinen Labien (État ponctué) (*Delbanco) 81. 392.
— an der Innenfläche des Präputiums (Delbanco) 328.
Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen (Notthafft) 295.

Tastballen an Händen und Füßen des Menschen (Retzius) 328.
Tätowierungen, Wirkung des Finsenlichtes auf (Meirowsky) 599.
Teerbad, Teerfirnis 120. 121.
Teleangiektasien 68. 646.
Teleangiectasies essentiales en grouppes (Malinowski) 603.
Teslaströme 44.
Testikel, Wert der unvollständig-descendierten (Corner) 211.
Tetanus 412.
Thalliumacetat, experimentelle Alopecien nach (Lutati) 610.
Thermokauter, neuer dermatologischer Universal- (Weinberg) 427.
Thigenol 525; (*Bloch) 21.
— in der Praxis (Brings) 342.
—, therapeutischer Wert des (Pacyner) 65.
Thiol 73. 525.
Thiosinamin 344. 415. 664.
Thiosulfat 28.
Thompsonsche Sonde 228.
Thorium und Radium 60.
Thymus-Hypertrophie (Marfan) 660.
Thyreoidin 145. 508. 664.
Thyreoidismus 50.
Tinea 235. 577.
— circinata 151.
— imbricata 276; — Pilz der (Basset-Smith) 151.
— versicolor, chemische Reaktion (Woods) 528.
Tonogen 201.
Toxine und Antitoxine 503.
Toxische Psychosen 141.
Trachealstenose, komplizierter Fall von (Dervin) 517.
Transplantation gestielter Hautlappen 69.
— von Haut amputierter Extremitäten (Hartmann und Weirick) 332.
—, offene Wundbehandlung nach (Brüning) 341.
Traumatische Horncyste (Blaschko) 600.
Trichophytia 40. 63. 64. 65. 276. 336. 337. 571. 577; (Scherber) 463.
— maculosa (Almkvist) 458.
— des Bartes 275; (Halgand) 148.
—, zur Heilung der (*Dreuw) 544.
— der Nägel (Moberg) 458.
— des Handgelenks (Druelle) 291.
Trichophytin, Untersuchung über das (Truffi) 149.
Trichophytonpilze 151. 330.
Trichorrhexis nodosa (Dubuche) 624.
Trigonum vesicae, Anatomie des (Uteau) 473.
Tripper s. Blennorrhoe.
Thrombophlebitis blennorrhoica (Voss) 404.
Tropenkrankheiten der Haut (*Henggeler) 235.
Trophoneurosis cutis (Malinowski) 604.
Tubboes 250.
Tuberculides acnéiformes 585.
Tuberculid papulo-necrotique (Spitzer) 462.
Tuberkelbazillen 45. 49. 92. 197. 293. 323. 412. 413. 416. 464. 517. 529. 569. 587. 588. 589. 591. 594. 653.
Tuberkulide, Lehre von den (Gollis) 416.
—, papulo-nekrotische (Moberg) 460.
— im Kindesalter, Pathologie der (Nobl) 92.
Tuberkulin 42. 43. 80. 102. 149. 223. 394. 402. 415. 417. 421. 460. 464. 626.
— Alt-, 442.
Tuberkulin-R.-Einwirkung auf Lupus (Dressler) 421.
Tuberkulose 30. 55. 94. 101. 103. 127. 134. 139. 141. 149. 150. 155. 156. 160. 195. 197. 254. 255. 258. 267. 289. 339. 344. 360. 378. 394. 401. 405. 408. 411. 412. 415. 416. 417. 442. 443. 449. 460. 461. 462. 464. 467. 468. 469. 511. 515. 518. 521. 527. 528. 534. 535. 567. 571. 585. 588. 591. 593. 605. 618. 625. 650. 653. 659. 672. 675.
—, Blasen- und Urogenital- 170.
—, subcutanes Emphysem bei der chronischen (Halipré) 669; (Rénon) 669.
— der Genitalien im Kindesalter und ihre Behandlung (Fulconis) 169.
— der weiblichen Genitalien (Rehbock) 227; (Schakboff) 227.
— der Haut, Behandlung der (Campana) 421; — eigenartige (Kraus) 463; — — und Lueskombination (Gaucher) 655; — papillomatöse, in der Analgegend (Ramognini und Sacerdote) 417.
— der Hoden (Jovelly) 212.
— -Infektionsfrage 104.
— und Kuhpockenlymphe (Carini) 413.
— oder Lues? (Gaucher) 135.
— der Nieren 223.
—, renale (Dupuy) 225.
— der Tränendrüse (Fahrenholtz) 417.
—, Urogenital- 214; (Berg) 35.
—, Zellgewebs-, primäre, multiple, in Knotenform (Kraus) 102.
— der Zunge bei Papageien (Delbanco) 569; — bei einem Tabetiker (Caussade) 660.
Tuberkulöse Abscesse 330.
— Drüsen 75.
— Geschwüre und Schwund der Harnblase (Heiler) 173.
— Hauterkrankungen 54.
— Kühe 412.
— Ulcerationen (Nobl) 397.
Tuberkulöser Blasenkatarrh 218.
Tuberculosis lichenoidea follicularis 417.
— der Mund-, bezw. der Zungenschleimhaut 502.

d by Google

Tuberculosis verrucosa 39. 63. 440; — cutis und Lupus disseminatus (Finger) 395; (Klarek) 393; (Weidenfeld) 462.
Turbanverband (Philip) 484.
Typhusbazillen 38.

Ulceration der linken Wangenschleimhaut, Knoten der Schläfengegend (Buschke) 394.
Ulcera tuberculosa (Sachs) 397.
Ulcus chronicum elephantiasticum (Matzenauer) 227.
Ulcus cruris 155. 163. 342. 623; (Vehmeyer) 623.
—, Behandlung mit Crurin (Joseph) 651.
—, Heilung des (Engelbrecht) 163.
—, Behandlung des (Lichtenberger) 622.
— bei varikösen Venenerkrankungen, Therapie (v. Gosen) 162.
—, Heftpflasterverbände bei (Philip) 622.
— und seine Ursachen, Behandlung (Vörner) 621.
Ulcus durum s. Initialsklerose.
— gangraenosum penis (Müllern-Aspegren) 460; — phagedaenicum penis 645.
— induratum 510.
Ulcus molle 35. 242. 423. 424. 426. 445. 579. 580. 601.
—, chirurgische Behandlung des (Carle) 580.
— gangraenosum 124.
— und Bubonen, Behandlung (Dubois) 150.
—, Therapie des (Jooss) 202.
Ulcus rodens 50. 58. 60. 63. 64. 68. 101. 125. 126. 157. 327. 335. 338. 341. 471. 612. 651.
Ulerythema Unna 26. 278. 405.
Ulerythema centrifugum 27. 30. 62. 65. 295. 328. 336. 337. 340. 341. 401. 501. 502. 571. 576. 577. 603. 626; (Gellis) 398; (Oppenheim) 397.
—, Behandlung durch wiederholtes Gefrieren mit Äthylchlorid (Hartzell) 626.
— mit Carcinombildung (Michelsen) 650.
— und Dermatitis papillaris capillitii Kaposi (Metscherski) 125.
— discoides (Sachs) 397.
—, Kasuistik des (Voirol) 625.
— kombinierte Chinin - Jodbehandlung nach Holländer und eine Erklärung für diese Therapie (Oppenheim) 627.
Uncinariasis im südlichen Nordamerika, mit besonderer Berücksichtigung des Infektionsmodus (Smith) 167.
Universelles Exanthem nach Scheidenspülung mit Lysollösung (Thomsen) 66.
Unna-Ducreysche Bazillen 202. 396.
Unnasche Zellen 293. 534.
Unterlippe, diffuse Anschwellung der rechten Hälfte der (Almkvist) 458.
Unterschenkelgeschwür s. Ulcus cruris.
Untersuchungstisch für medizinisch-chirurgische, urologische und gynäkologische Zwecke (Estrabaut) 98.
Uranier 296. 297.
Uranismus (Hammer) 37.
Uranium bei Lupusbehandlung (Walker) 104.
Ureteritis 216.
Ureter-Tumoren, primäre (Adler) 567.
Urethra-Drüsen, Rolle bei der perinealen Eiterung der (Escat) 129.
Urethralfremdkörper und Strangulation des Penis (Lomer) 675.
Urethra, Länge beim Manne (Bazy und Deschamps) 470.
Urethralinjektionstechnik, Erwiderung auf Engelbrecht (*Vajda) 184.
Urethra-Verengerung, narbige, eines fünfjährigen Kindes, infolge von Varicellen (Monie) 572.
Urethritis 48. 130. 279. 285. 320. 321. 496.
—, akute 171.
—, blennorrhoische s. Blennorrhoe.
— non blennorrhoica 169; (Grosz) 398; (Gross) 649; — und Komplikation (Porosz) 200.
— posterior 86. 124.
—, venerische 285.
Urethritiden der kleinen Knaben 675.
Urethrocystitis 169.
Urethrophortube 285.
Urethroskop, Bollmann-Valentinesches 32.
—, Oberländersches 466.
Urethroskopie, Technik der (Meissner) 172.
Urethroskopischer Beitrag (Asch) 32.
Urinantiseptika, neuere (Goldberg) 169.
Urin, statt dessen milchweiße Flüssigkeit (Henck) 601.
Urinverhaltung infolge von Uterusfibroid (Purslow) 209.
Urninge s. Uranier.
Urobilinurie als Symptom der Auto-Hämolyse (Erben) 225.
Urologie, Fortschritte im letzten Jahrzehnt (Brendel) 317. 467.
Urotropin 170. 208. 216. 222. 467. 673.
— (Goldberg) 169.
— bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis (Buttersack) 357.
— und Scharlachnephritis (Schick) 356.
Urticaria 24. 38. 50. 54. 55. 56. 64. 75. 221. 345. 361. 461. 472. 526. 611. 641. 647. 648; (Banner) 342.

Digitized by Google

Urticaria bullosa durch Wanzenbisse (Burlán) 403.
— chronica 65.
— factitia 646.
— papulosa necroticans 193.
— perstans (Weidenfeld) 395.
— pigmentosa (Breda) 617.
— verrucosa 395.
— xanthelasmoidea (Nobl) 650.
Uta s. Llagga.

Vaccinales Delirium? gibt es ein (Hebras) 410.
Vaccination 76. 253. 364. 365. 366. 648.
—, accidentielle, mit Vortäuschung von Anthrax (Sheen) 411.
— und Revaccination 363.
—, Wirksamkeit nachgewiesen durch Inokulation mit Pockengift (Fink) 79.
— und Gesetz (Richmond) 77.
— der Nasenhöhle, versehentliche (Bowen) 79.
— unter rotem Lichte (Goldmann) 79; (Hay) 80; (Knöpfelmacher und Schein) 411.
— der Schutzpocken 236.
—, Einflufs auf Schwangerschaft, Wöchnerinnen, Neugeborene und Kranke (Randow) 411.
—, Verhütung von Komplikationen 51.
— durch Lehrer (Hervieux) 410.
—, Ausführung der (Kelsch) 411.
— des Gehirns und Rückenmarks (Gaucher) 135.
—, Hautausschläge nach (Corlett) 95.
Vaccine, generalisierte 27. 577; (McAintock) 78; (Stengel) 79.
—, zur Frage der generalisierten (Bergmann) 79.
— der Unterlippe (Walford) 79.
— und Impfung (Dock) 410.
— und Vaccinebereitung (Dornseiffen) 412.
— und Tetanus (Carini) 412.
— und Tuberkulose (Carini) 413.
Vaccinegewinnung 412; — durch Variola (*Voigt) 485.
Vacciniforme Hautpusteln 464. 465.
Vagina, septierte (Harbinson) 227.
Vaginitis 396.
Varicellen 27. 266. 362. 364. 403. 586. 587. 588. 592. 593; (Galliard) 363.
— und narbige Verengerung der Urethra 572.
— luetica 396.
— während einer Pockenepidemie (Bourland) 362.
— bei Erwachsenen (Mulert) 362.
Varicen 65. 163. 400. 441. 457. 600; (Wechselmann) 393.
—, Behandlung der (Altenburg) 620; (Kaiser) 621.
Varicenbildung an den Bauchdecken (Schöllhammer) 162.
Variköse Erweiterung der kleinen Hautvenen 620.
— Knotenbildung in der Kniekehle (Marcuse) 278.
Varicocele 661.
—, Ätiologie der (Macphail) 213.
Variola 27. 42. 54. 76. 236. 244. 247. 266. 362. 364. 403. 411. 422. 648.
— und die Finsenlichtbehandlung Gaddesden (Handerson) 366.
—, Schutzimpfung bei 576.
—, Masern und multiple embolische Gangrän der Haut und Schleimhäute (Bergmann) 79.
— in Belfast 76.
—, intrauterine Infektion des Foetus mit (Cowie und Forbes) 77.
—, Rotlichtbehandlung der 405; (Finsen) 409.
— und Vaccine, Pathologie und Ätiologie (Councilman, Magrath, Brinkerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins) 99; (Waele und Sugg) 364.
— und Varicellen, Leukocytenverhältnis und seine Bedeutung für die frühzeitige Diagnose der (Lagriffoul) 364.
—, Bericht über einen Fall von (Hodgson) 365.
—, Rotlichtbehandlung der (Ricketts und Byles) 77. 409; (Nash) 410.
— im Kanton Zürich im 19. Jahrhundert (Rabinowitsch) 363.
— und Landstreicherei (Armstrong) 77.
— -Diagnose (Lagriffoul); ätiologische Begründung der (Jürgens) 364.
— -Epidemie zu Leicester, Bericht Millards über die (Voigt) 363.
— -Fall, ein neuer (Baginski) 77.
— haemorrhagica (Deléarde und Taconnet) 365; (Fraser) 366.
— mit ungewöhnlichem Verlauf (Rolfe) 365.
—, Vaccine und Varicellen, Parasiten der (Korté) 364.
Variolavaccine, Gewinnung 412; (*Voigt) 485.
Variolois 76. 364.
Vasenol (Lengefeld) 651.
Venenerkrankungen bei sekundärer Syphilis (Hoffmann) 197.
Venenerweiterungen (Baum) 394.
Venerische Exzesse 140.
— Krankheiten 41. 161. 278. 446. 447. 479; — medizinische Gesichtspunkte bei Bekämpfung der (Berneker) 51; — öffentliche Prophylaxe der (Ravogli) 331; — und ihre Prophylaxe in den französischen Kolonien (Jullien) 331.
Venerisches Geschwür 114. 150. 326.
— Virus 424.

Digitized by Google

Ventilspritze (*Engelbreth) 180.
Verbrennungen 65. 69. 126. 137. 153. 332.
Verbrennungsdeformität, mit plastischer Operation korrigiert (Brown) 298.
Vergiftung durch Schuhwichse von der Haut aus (Stone) 333.
Verkalkung in der Haut (Kraus) 463.
Verlagerung der Zellen 52. 53. 54. 56. 298.
Vernix caseosa, Heredoseborrhoe und Akne foetalis (Jacquet und Rondeau) 320.
Verruca necrogenica 445.
— senilis (Sprecher) 161.
Verruga, Erreger der 267.
— peruviana 266. 577.
Verweilkatheter, Fixationsapparat dazu (Ferria) 290.
Vibrationsmassage zur Ausführung von Schmierkuren (Ledermann) 145.
Vierte Krankheit („Fourth Disease") (Bókay) 362.
Viropaste 202. 285.
Virulenzveränderung und Chirurgie der Harnorgane (Guyon) 129.
Vitiligo 398. 624. 643.
—, Beziehungen zur Syphilis (Thibierge) 500.
Voigtsche Grenzlinien 56.
Vorsteherdrüse s. Prostata.
Vulnoplast 428.
Vulvovaginitis bei kleinen Kindern 227.

Wachswaschseifencreme 202.
Wanzenbisse 403.
Warzen 50. 58. 62. 63. 295. 314. 328. 336. 338. 341. 439. 440. 443. 509. 604. 609. 629. 630; (Mantelin) 161; (Druelle) 291.
Wärzchen um einen spontan sich involvierenden Riesennaevus 313.
Wasserpocken s. Varicellen.
Wasserstoffperoxyd 28. 29. 75. 362. 370. 442. 670.
Werlhofsche Krankheit 347.
Wichse, Vergiftung von der Haut aus (Stone) 333.
Wiederimpfung, zufällige (Hayles-Upper) 79.
Windpocken s. Varicellen.
Wunddiphtherie 644.
Wundverband, neuer, „Vulnoplast" (Benario) 428.
Wurmkrankheit der Bergleute 667.
Würmer 674.

Xantho-Erythrodermia perstans (Crocker) 607.
Xanthoma (Shoemaker) 164.
— diabeticum tuberosum multiplex (Derlien) 164.
— vulgaris 164.
Xeroderma pigmentosum 50. 128. 157. 398; (Bayard) 165; (Forster) 165; (Freyse) 625.
— Augenveränderung bei (Ischreyt) 625.
X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.
X-Zellen im Hautepitheliom (Unna) 492.

Yaws s. Framboësie.
Yohimbin 323. 467.
— und seine Anwendung (Toff) 342.

Zellen des menschlichen Eiters und einiger seröser Exsudate, Färbung mit dem May-Grünwaldschen Farbstoff (Leuchs) 49.
Zoster (Hall) 39.
— erythematosus (Vörner) 354.
—, idiopathischer (Landouzi) 72.
—, rezidivierender (Waldo) 72.
— vegetans (Vörner) 354.
Zwitter 297. 670. 671.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abadie 509.
Abraham 586. 593.
— B., Lupuscarcinom 420.
Abt, Erythema nodosum 535.
Achard und Paisseau, D., Kochsalzarme Diät 475.
Adachi 510.
Adam, Die Behandlung der Leistenbubonen 581.
Adamson, Lichen pilaris seu spinulosus 472.
— 586. 587. 593.
Addison 665.
Adler, E., Über die krankhaften Veränderungen des Urins bei sekundärer Syphilis und Quecksilberkuren 93.
— 279. 601.
—, L., Beitrag zur Kenntnis der primären Tumoren des Ureters 567.
Afzelius, Chronisches Ödem im Gesicht 458.
— Behandlung der Psoriasis mit elektrischen Lichtbädern 459.
— Erythema multiforme 459.
— 457. 458. 459.
Albarran, Nephritis und Hämaturie 224.
— Prostatablutungen 327.
— 35. 209.
Albers-Schönberg 59.
Albrecht 209.
Alexander, Über Vioformanwendung bei Pemphigus 527.
Alibert 21. 31. 390. 391. 392.
Allan 116.
Allen, D., Ein Vergleich der Phototherapie, Radiotherapie und der Anwendung der Hochfrequenzströme bei Hautkrankheiten 62.
— Gebrauch des Formalins zu Blasenspülungen 326.
Almkvist, Herpes tonsurans maculosus 458.
— Lichen planus 458.
Almkvist, Diffuse Anschwellung der rechten Hälfte der Unterlippe 458.
— Ichthyosis 459.
— Favus disseminatus corporis 460.
— Akne rosacea-ähnliche Affektion 460.
Alpár, Referate 103. 104. 107. 118.
Altenburg, Über die Behandlung der Varicen 620.
d'Amato 323.
Amende, Über den Zusammenhang von Lues und Aortenerkrankung 107.
de Amicis 609.
Ancaremi, Cancroid der Nase, behandelt mit Röntgenstrahlen 158.
Andrewes und Lockwood, Ein mit dem Sclavoschen Serum erfolgreich behandelter Fall von Anthrax der Haut 579.
— und Bowlby, Ein zweiter Fall von Pustula maligna cutis, welcher ohne Exzision mit Sclavoschem Serum erfolgreich behandelt wurde 579.
Angiolella und Galdi, Die Psychosen bei Syphilis 141.
Antal 209.
Anthony, Die Entwicklungsstörungen der Haut und deren maligne Neubildungen 52. 54.
Antonelli, Eine Varietät von Neubildung und von papillomatösen Vegetationen und ihre Beziehungen zu einigen Mikroparasiten 609.
Antonini und Mariani, Zur Serotherapie der Pellagra 346.
Arbo 422.
Argyll 19. 657. 659.
Argyll-Robertson 19.
Armstrong, Die Pocken und die Landstreicherei 77.
— Über funktionelle Albuminurie 220.
Aronson 425.
D'Arsonval 44.
Arzberger 497.
Asahi und Pick, Zur Eosinlichtbehandlung 68.

d by Google

Asch, Urethroskopischer Beitrag 32.
Assmann, Zur Kasuistik der Pityriasis rubra pilaris 527.
— 508.
Astruc 287.
Auché, Zur Bakteriologie und Pathogenese der disseminierten infektiösen Gangrän der kleinen Kinder 153.
Audry, Kératose pilaire engainante 473.
— Über die Hautveränderungen nach einem Priessnitzschen Umschlag 571.
— 81. 82. 86. 393. 633.
— und Dalous, Dariersche Krankheit 290.
Aufrecht 284.
Augagneur, Über den Einfluſs der Reglementierung der Prostitution mit Bezug auf die venerische Morbidität 42.
— 206.
— und Bulot, Spezialkommission für die Regelung der Sittlichkeit 41.
Augspurg 562.
Auspitz 31. 51.
Ayrignac, Brocq und Lenglet, Untersuchungen über die Alopecia atrophicans, varietas pseudopelatica 500. 570.

Babinski 140.
Bachmann, Beitrag zur Kenntnis des malignen Ödems 530.
Baermann und Linser, Über die lokale und allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen 57.
— Beitrag zur chirurgischen Behandlung und Histologie der Röntgenulcera 69.
Baginski, Über einen neuen Pockenfall 77.
Balbiani 289.
Ball, Die Behandlung von eingewurzeltem Pruritus ani 666.
Balzer, De l'hémoglobinurie paroxystique a frigore et ses rapports avec les autres affections causées par le froid au cours de la syphilis 206.
— 120. 121. 122. 379. 382. 383. 384. 385, 389. 448. 585.
Bancroft usw., Variola und Vaccinia, Pathologie und Ätiologie 99.
Bandler 382. 383. 389.
Bangs 514.
Banner, Urticaria 342.
Baradulin, Komplikationen der Harnblase bei Appendicitis 281.
Barby 473.
Bardeleben 531.
Barendt 382. 383. 385. 390.
Bargum 174.
Barlow 348. 382. 383. 384. 389. 398.
Barnes, Ein Fall von Purpura 67.
Barries 230.
Bartels 249. 254. 261. 276.
Barthélemy, De rebus syphiliticis et quibusdam aliis 206.
— Über Syphilis der Zirkulationsorgane 406.
— 29. 30. 608.
— und Levy-Bing, Über intravenöse Injektionen von Quecksilbersalzen bei der Behandlung der Syphilis 476.
Bartholini 286. 657.
Bartisch, Blasensteine 296.
Bartsch, Zur Behandlung der Phimose 170.
Bartina 129.
Basedow 406. 644.
Basset-Smith, Die Pilze der Tinea imbricata 151.
Baudi, Beitrag zur Serumbehandlung bei Anthrax 578.
Bauer 411.
Baum, Leichte Reaktionsfähigkeit auf geringe Reize 124.
— Die Silbersalze bei der Blennorrhoe 233.
— Erythema induratum Bazin 279.
— Venenerweiterungen 394.
— Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie 465. 646.
— 63. 116. 124.
Baumann, Spezialbuchhaltung für Ärzte 408.
— Die tertiär-syphilitische Mittelohreiterung 516.
Baumgarten 103. 592. 663.
Bayard, Xeroderma pigmentosum 165.
Bayer, Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris 145.
— 169.
Bayet, Asthma nervosum und die Hautkrankheiten 292.
— 154.
Bazin 416. 577. 649.
Bazy und Deschamps, Studie über die Länge der Urethra beim Manne 470.
Beard 37. 583.
Beau 358.
Beck, Über die Technik bei Behandlung der Hypospadie und anderer Defekte und die Verletzung der Harnröhre 325.
— 170. 321.
Beco 602.
Beer, Über plastische Deckung von Hautdefekten an den Gelenken 341.
Behr, Beitrag zur Kasuistik der aus angeborenen Melanosen des Auges hervorgehenden Tumoren 617.
Behrend 390.
Behrmann, Allgemeines und Spezielles zur Lehre von der Prophylaxe, besondere Berücksichtigung einiger Haut-, akzidenteller Wundkrankheiten und der Syphilis insontium, Arsenikwirkung bei den verschiedenen Dermatosen 50.

Beier 389.
Beilby 671.
Belfield, Der Katheterismus bei völliger Harnverhaltung infolge Vorsteherdrüsenvergröfserung 323.
Bellmann, Ein Fall von Erythema annulare perstans 345.
Benario, Über einen neuen Wundverband „Vulnoplast" 428.
Benda 425.
Bendix, Intermittierende Polyurie usw. bei Addisonscher Krankheit 618.
Benenati, Ein Fall von syphilitischer Lebercirrhose mit Pachydermie des Beines 481.
Beniqué 324. 466.
Bennet 249. 259. 260. 261. 262. 275. 276.
Berg, Die Urogenitaltuberkulose 35.
— Die operative Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen (nach R. Guiteras) 202.
— Blasensteinbildung um Seidenfäden nach der Blasennaht und ihre Verhütung 279.
Berger, Die Bekämpfung der Impfgegnerschaft 410.
— Die Papillome der Zunge 617.
Bergh, Symbolae ad morphographiam membri virilis 170.
— 558.
Bergmann, Über Kombination von Blatternschutzimpfung, Masern und multipler embolischer Gangrän der Haut und Schleimhäute, zur Frage der generalisierten Vaccination 79.
— 471.
Bering, Pili moniliformes 648.
Berliner, Referate 28. 32. 39. 58. 60. 64. 67. 70. 72. 74. 76. 77. 79. 88. 94. 95. 97. 101. 109. 116. 118. 149. 150. 151. 152. 208. 210. 211. 213. 217. 218. 220. 227.
Bernard 35.
Berneker, Die medizinischen Gesichtspunkte bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten 51.
Bernhard, Neustätter und Meyerhof, Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 451. 563.
Bernheim, Die latente Blennorrhoe des Weibes 228.
Bernstein, Universalsuspensorium 427.
— Zur ambulatorischen Behandlung der sekundären Syphilis durch Welandersche Überstreichungen 523.
— 452. 453. 454.
— Neisser und Flesch, Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten 450. 451.
Berthod 40.
Bertrand 299. 309.
Besnier 128. 146. 387. 390. 508. 586. 593. 665.
Besredka 306. 310.
Bestion 243. 244.
Bettmann 586. 587. 593.
Bidie, Sandelholzarten und Dermatitis 352.
Bier 1. 230. 318.
Bierhof, Infektionen der Prostata von der Harnröhre aus 215.
Biett 21. 139. 508.
Billroth 390. 516.
Binder, Über Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber 115.
Bindermann, Helmitol, Hetralin Acidum nitricum bei Blennorrhoe und Cystitis 47.
Bing, Histologie der Angiome 160.
Bini, Morphologie und Wirkung einiger lupöser Produkte 42.
Binz 299. 309. 650.
Bissett, Traumatische Gangrän des Hodensacks, Genesung bei plastischer Operation zur Bildung eines neuen Skrotums 172.
Bizière, Studie über die Hauthörner 616.
Bjarnhjedinsson, Die Echinokokkencysten und die Leprösen auf Island 605.
— Beitrag zur Frage der sog. seltenen Lokalisation der Lepra tuberosa 605.
Blaine, Eine Lanze für den Konservatismus 325.
Blaschko, Hygienischer Rasierpinsel 279.
— Korrespondenz mit Gustava Heymann 281.
— Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte 423.
— Die gesundheitlichen Schäden der Prostitution und deren Bekämpfung 478.
— Mollusca contagiosa, durch Eiterung spontan ausheilend 600.
— Syphiloides postérosives 600.
— Lymphangiomatöser Naevus 600.
— Eigentümliches Exanthem 600.
— 26. 55. 278. 425. 427. 455. 508. 557. 558. 560. 561. 563.
*Bloch, Thigenol 21.
— Myelitischer Herd im Dorsalmark 124.
— Nachbehandlung der Syphilis 524.
— 123. 506.
Bloebaum, Die Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik 531.
Bloest 390.
Blokusewski, Die Entwicklung der persönlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 201.
— Erwiderung auf R. de Campagnolles Arbeit „Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Blennorrhoe" 287.
— 284.
Bluhm, Erwiderung auf Bré: Ist Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das Weib schädlich? 226.
Boddaert 322.

Baddaert-Gand, Beschreibung, Funktion und Vortrag des graduierten intravesikalen Harnsegregators 131.
Bodin 148. 149.
Boeck, Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid 197. 401.
— 422.
Börner, Ein Fall von Aktinomycosis cutis, geheilt durch Jodipin 584.
Bofinger 570.
Bogrow 456. 602. 603.
Bohn 454. 562.
Boissière 256. 257. 268. 272. 276.
Bókay, Über die Dukessche „Vierte Krankheit" („Fourth Disease") 362.
v. Bollinger 79. 97.
Bonnet, Studie über die Prophylaxe der Syphilis 522.
Bormann 664.
Bornstein, Beitrag zur Lehre vom Aneurysma der Bauchaorta 520.
Borst 383. 386.
Bosellini, Plasmazellen und lymph- und blutbildender Apparat 293.
— Ein Fall von Malleus acutus 464.
— Von Tieren stammende Akariasis beim Menschen 610.
Boss, Über Massage der Harnröhre 467.
— 232.
Bottini 98. 216. 217. 218. 219.
Bötticher, Über die Becksche Methode der Hypospadieoperation 170.
Boucaud, Naevi bei Tumoren ein Symptom der Malignität? 333.
Bourcart, Untersuchung und Agglutination mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokkenagglutination bei Scharlach 355.
Bourland, Varicellen während einer Pockenepidemie 362.
Bowen, Versehentliche Impfung der Nasenhöhle 79.
Bowlby und Andrewes, Ein zweiter Fall von Pustula maligna cutis, welcher ohne Exzision mit Sclavoschem Serum erfolgreich behandelt wurde 579.
Bowmann 98.
Brade, Gelenkerkrankungen bei Scarlatina 356.
Bramann 578.
Brassat, Mutilierende Formen von Lupus 418.
Brault 243.
Brandès 514.
Brauer 593.
Braun 584. 673.
Brayton, Hauterscheinungen bei Diabetes insipidus 164.
— 116. 164.
Bré, Ist Enthaltsamkeit und Kinderlosigkeit für das gesunde Weib schädlich? und Erwiderung von Bluhm 226.
Breakey, Was hat mit einem vermutlichen Primäraffekt zu geschehen? 325.
Breda, Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa 617.
— 256. 258. 267. 276. 508.
Breitenstein 35.
Brendel, Der aseptische Katheterismus 34.
— Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt 317. 467.
Breton, Bemerkungen über das Enésol 653.
Brexendorff, Über Hautaffektionen bei Pseudoleukämie 613.
Brieger 425.
O'Brien, Der gegenwärtige Stand der Radiumtherapie 60.
Briesemeister, Die Arteriosklerose und Syphilis in ihrem Verhältnis zur Entstehung des Aortenaneurysmas 520.
Brieux 206.
Bright 224. 324.
Brinckerhoff usw., Variola und Vaccinia, Pathologie und Ätiologie 99.
Brings, Thigenol „Roche" in der Praxis 342.
Brinton, Linitis plastica 517.
Broca, Lateropharyngeale Drüsenphlegmone bei einem syphilitischen Säugling 480.
— Die Hypospadia glandis 673.
— 500. 510.
Brocq, Antwort an Herrn Dr. A. Blaschko auf seine Kritik meiner allgemeinen Auffassung der Hautkrankheiten 132.
— Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées 607.
— 145. 146. 379. 391. 392. 455. 506. 508. 665.
— Lenglet und Ayrignac, Untersuchung über die Alopecia atrophicans, Varietas pseudopeladica 500. 570.
Brodier 146.
Brooke, Keratosis follicularis 473.
— 384.
Brown, Korrektion einer durch Verbrennung herbeigeführten Deformität mit plastischer Operation 298.
Brühann, Kasuistik und Arsenbehandlung der Mykosis fungoides 153.
Brüning, Lupus disseminatus 26.
— Idiopathische Hautatrophie 26.
— Über offene Wundbehandlung nach Transplantation 341.
— 26.
Bruhns, Impftuberkulose bei Morphinismus 417.
— 277.
Bruni, Die Streptothrikose der Harnwege 97. 466.
Brunne, Hodensarkom auf traumatischer Basis, Ätiologie der malignen Tumoren 215.

Bryan, Bericht über einen Fall von Hydroa in der Schwangerschaft nebst Rezidiven zur Zeit der Menstruation 72.
Buff, Über melanotische Geschwulst der männlichen Brustdrüse 161.
Bulkley, Die Syphilis der Unschuldigen 326.
— Finsenlicht, Röntgenstrahlen und frequente elektrische Ströme als Behandlungsmittel von Hautkrankheiten 327.
— Praktische Notizen über Salben, ihre Anwendung und ihren Mifsbrauch 341.
— 62. 73. 116. 330. 483. 508.
Bulot und Augagneur, Spezialkommission für die Regelung der Sittlichkeit, Berichte 41.
Bumstead 326.
Bunch, Einige Fälle aus der Gaucherschen Klinik im Hôpital St. Louis 174.
— Striae patellares 287.
Buracynski, Beiträge zur Lues des Nervensystems 110.
Burdach 399.
van de Burg 236. 244. 247. 248. 249. 253. 258. 272. 273. 276.
Burger, Die Verwendung von Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung 342.
Burgener, Beitrag zur Kenntnis der Psoriasis 526.
Burkhardt 84.
Burkard-Brooklyn, Über Entwicklungsstörungen und Geschwülste der Samenblase 213.
Burlan, Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa 403.
Burmeister 632.
Burow 69. 228. 349.
Busch 419.
Buschke, Über eine eigenartige Form rezidivierender, wandernder Phlebitis an den unteren Extremitäten 32.
— Blennorrhoische Epididymitis, Abscefs und Nekrose des Hodens 394.
— Diagnostisch unklare, ausgedehnte Ulceration der Wangenschleimhaut, Knoten der Schläfengegend 394.
— Maligne Syphilis 394.
— Aknekeloid 601.
— Leukodermflecke nach Psoriasis 601.
— Chlorom 601.
— Auf der Brust lokalisierte bemerkenswerte Naevusform 649.
— 32. 393. 394. 395. 600.
Busek 409.
Butte, Die Prostitution und die Armenärzte 40.
— Die Ammen sind der Reglementierung unterworfen, warum sollten die Prostituierten nicht unter Kontrolle gestellt werden? 40.
Butte, Die Spezialkommission für die Regelung der Sittlichkeit, Berichte von Bulot und Augagneur 41.
— Widerlegung des von Augagneur der Spezialkommission in Sachen der Sittlichkeit vorgelegten Berichtes: Über den Einflufs der Reglementierung der Prostitution mit Bezug auf die venerische Morbidität 42.
— Der Harnstoff des Blutes unter pathologischen Verhältnissen und namentlich bei Hautkrankheiten 206
— Der Gesundheitszustand in bezug auf Syphilis bei den nichtinskribierten Prostituierten zu Paris seit 1872 bis 1904 290.
— Die Behandlung des Lupus tuberculosus mit Kalium permanganicum 322. 405. 501. 608.
— Über die von den Bürgermeistern der gröfsten Städte Frankreichs der Bordellfrage gegenüber eingenommenen Stellung 501.
Buttersack, Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis 357.
Büttgen, Über extragenitale und perigenitale Primäraffekte, ihre Häufigkeit 515.
Buzzi 600.
Byles und Ricketts, Rotlichtbehandlung bei Pocken 366.
— Weitere Bemerkungen über die Rotlichtbehandlung bei Pocken 409.
— 409.

Cabot, Die moderne Behandlung der Prostatahypertrophie 217.
— Die Wichtigkeit des Cystoskops bei der Chirurgie der Urogenitalorgane 672.
Caddick, Scharlach und Masern bei derselben Person 74.
Cadiot 570.
Caeter, Blasenruptur 208.
Calden 262.
Calderone, Über den Mechanismus der Wirkung der Silbersalze auf die Urethralschleimhaut der Hunde 609.
Calkins usw., Variola and Vaccinia, Pathology and Etiology 99.
Calmann 81. 82. 83. 86. 87.
Calmette 487.
Calvert, Ikterus bei sekundärer Syphilis 108.
Calvi, Zwei Fälle von Pellagra in bezug auf einige Besonderheiten der Haut und des Harns untersucht 43.
Cambieri 422.
Campagnolle, Über den Wert der modernen Instillationsprophylaxe der Blennorrhoe 283.
— 287.

Digitized by Google

Campana, Bacilli acidi und ihr Vorkommen auf der Haut 329.
— Zur Behandlung der Hauttuberkulose 421.
— Pathogenese und Pathologie der Psoriasis 609.
— 458.
Campbell, Die Frage der Syphilis hereditaria tarda 116.
— Differentialdiagnose zwischen syphilitischer pseudomembranöser Angina und diphtheritischer Angina 426.
Canquene 510.
Cantlie, Der klimatische Bubo 150.
Carle, Die chirurgische Behandlung des weichen Schankers 580.
Carr, Johnson und D'Arcy Power, Zwei Fälle von Aktinomykosis der Haut bei Kindern 153.
Carrasquilla 415.
Carini, Kuhpockenlymphe und Tetanus 412.
— Kuhpockenlymphe und Tuberkulose 413.
— 412.
Caspary, Über Pityriasis rubra pilaris 147.
— 382. 383. 385. 386. 389. 568.
Casper, Ein neues Irrigationscystoskop 568.
— 34. 37.
Cathelin, Berichtigende Bemerkungen zu dem Aufsatze Luys' über die Methode der intravesikalen Trennung des Urins nach Lambotte 475.
— 131. 132. 322. 475.
Caussade, Zungentuberkulose bei einem Tabetiker 660.
Cazenave 93. 139.
Celsus 405.
Clarac 90.
Clayton, Die Organisation der Syphilisbehandlung in der Marine 116.
Chambard 384. 389.
Channing 524.
Chapelle 145.
Charcot 659.
Charlouis 236. 241. 242. 247. 248. 251. 253. 259. 261. 270. 271. 276.
Chaumier 486.
Chauveau 486.
Chevallier, Die plastischen Indurationen der Corpora cavernosa 673.
Chiari 593.
Chirivino, Bromoderma pustulosum fungoides 347.
— 295.
Chopman, Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum 75.
Chotzen, Meldepflicht und Verschwiegenheitsverpflichtung des Arztes bei Geschlechtskrankheiten 282.
— Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten 451.
Chotzen 454.
Chrismar, Papulöser Ausschlag 26.
Christian, Die Behandlung der Harnverhaltung in Fällen von Vergröſserung der Vorsteherdrüse 324.
— Über das gutartige Epitheliom der Haut 616.
Christophers, Der Leishman-Donovansche Parasit und die Orientbeule 149.
Cipollina und Risso, Unsere Resultate mit der Serotherapie bei Syphilis 483.
Clausmann 562.
Clementovsky 533.
Clin, Über Kampfermonobromalium 653
De Cock 515.
Cocks 73.
Codd, Über einige Ergebnisse der Behandlung mit X-Strahlen, hochfrequenten Strömen und ultravioletten Strahlen 58.
Cohen 659.
Cohnheim 386. 387. 388. 583.
Coignet, Über Hydrargyrum salicylarsenicosum (Enésol) 652.
— 368. 379.
Colles 125.
Colombo, Zur mechanischen Behandlung der Ödeme 344.
Connolly 276.
Constantin und Dalous, Die Epitheliomatosis pigmentosa, Unnascher Typus; Seemannshautcarcinom 128.
Cooper, Über die Bedeutung von Narben in der Genitalgegend bei Rückschluſs auf Syphilis 511.
Copeman 486.
Coplans, Die Ätiologie des Skorbuts 67.
Coppens 36.
Corlett, Prurigo Hebra in den Vereinigten Staaten 73.
— Über gewisse postvaccinale Ausschläge 95.
— 53. 54. 61. 62.
Cormio, Beitrag zur Illustration der Gruppe der squamösen Syphiloide; nodulosquamöse Syphiloide 43.
Corner, Über den Wert des unvollständigen deszendierten Testikels 211.
Cornet 588. 593.
Cottell, Fälle von kongenitaler Syphilis 513.
Cosimo 299. 300.
Councilman 512.
— Magrath, Brinckerhoff, Tyzzer, Southard, Thompson, Bancroft und Calkins, Pathology and on the Etiology of Variola and of Vaccinia 99.
Courmont 364.
Cowie und Forbes, Intrauterine Infektion des Fötus mit Variola 77.
Cowper 26.
Cozanet, Syphilis d'emblée 425.
Cozzi 514.

Credé 41. 201. 229. 467.
Crocker, Xantho-Erythrodermia perstans 607.
— 123. 382. 383. 387. 389. 402.
Croner, Über familiäre Tabes dorsalis und ihre Bedeutung für die Ätiologie der Erkrankungen 481.
Cronquist, Prophylaktisches Mittel gegen Blennorrhoe 459.
Csillac 29. 51. 382. 383. 389.
— Über die Syringomyelie 29.
Cunéo, Mauclaire und Magitot, Bluterguſs in einem ektopischen Hoden 470.
Cureton, Raynaudsche Krankheit mit tödlichem Ausgang 66.
Czerny 299. 300. 309.

Dabney 513.
Daccó, Ätiologie und Pathogenese der Akne vulgaris 611.
*Dalous, Das Erythema syphiloides posterosivum beim Erwachsenen 633.
— 6.
— und Constantin, Die Epitheliomatosis pigmentosa, Unnascher Typus; Seemannshautcarcinom 128.
— und Audry, Dariersche Krankheit 290.
Daniel, Die Pathologie der Prostatavergröſserung 217.
Daniels 255. 256. 257. 258.
Danlos, Lupusbehandlung mit Kalium permanganicum 608.
Darier, Die seborrhoische Psoriasis 526.
— De l'Artérite syphilitique 662.
— 50. 197. 290. 383. 384. 389. 390. 416. 464. 501. 571. 585. 631. 632.
Daser und Weber, Idiopathisches, multiples Pigmentsarkom (idiopathisches, multiples hämorrhagisches Sarkom) Kaposi 608.
Däubler 252. 276.
Daucher, Syphilis cerebralis praecox, kombiniert mit Exophthalmus bei Kindern und bei Erwachsenen 662.
David, Schanker der unteren Nasenmuschel. Lymphangitis erysipelatodes der Wange 477.
Deanesley, Die relativen Vorteile der suprapubikalen und perinealen Prostatektomie 217.
van Deen 223.
Déjerine 166.
Delaunay, Lymphangitis nodularis intralabialis im Verlauf eines harten Schankers der Unterlippe 289.
*Delbanco, Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien (État ponctué) 81.
*— Nachtrag zu: Über das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Labien (État ponctué) 392.
Delbanco, Über das gehäufte Auftreten von freien Talgdrüsen an der Innenfläche des Präputiums 328.
— Zur Zungentuberkulose der Papageien 569.
— 174. 383. 568. 569.
Deléarde und Taconnet, Variola haemorrhagica 365.
Delefosse, Sectio alta wegen zahlreicher Steine 289.
Delfosse, Plexiforme oder verästelte Neurome 614.
Delsaut, Beitrag zum Studium des Einflusses der akquirierten Syphilis auf die Ätiologie der Keratitis parenchymatosa 521.
Delupis, Lepra oder Syringomyelie? 101.
Demme 80.
Derlin, Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex 164.
Dervin, Epikrise eines komplizierten Falles von Trachealstenose (wahrscheinlich eine gummöse Thyreoiditis und Mediastinitis) 517.
Deschamps und Bazy, Studie über die Länge der Urethra beim Manne 470.
Desesquelle, Lokalbehandlung der Variola mittels Auftragens von β-Naphtol-Kampfer 42.
Detre und Sellei, Hämagglutinationsuntersuchungen bei syphilitischen und gesunden Individuen 192.
Detre-Deutsch, Superinfektion und Primäraffekt 106.
Deutsch, Unbekannte Infektion (circumskripte Erfrierung Hochsinger) 397.
— 643.
Deutschmann 533.
Devergie 506.
Diday 483.
Dimitroff, Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Nagelfurchen 624.
Dinkler 30.
Dittrich 662.
Dock, Vaccine und Impfung 410.
Doctor, Beziehungen des Bacterium coli commune zur Schwefelwasserstoffgärung des Harnes 38.
Doehle 519. 520.
Dofflein 540.
Domanski, Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tumor cerebri 110.
Domenico 643.
Domény 84.
Donath und Landsteiner, Über paroxysmale Hämoglobinurie 225.
Donovan 149. 456. 508.
Dor 96. 97.
Dornseiffen, Vaccine und Vaccinebereitung 412.

van Dorssen, Über die Genese der Melanome in der Haut bei Schimmelpferden 617.
Doutrelepont, Über Erythema induratum (Bazin) 416.
— 102. 516. 586. 587. 588. 593.
Dowden, Zwei interessante Fälle von Harnröhrenstrikturen 676.
Dowleh, Der Milzbrand und seine Behandlung 578.
Doyon 391.
Dozoul, Beitrag zum Studium des Dentitionsekzems 526.
Drennen, Arteriosklerose syphilitischen Ursprungs 141.
Dressler, Über die Einwirkung von Tuberkulin R auf Lupus 421.
*Dreuw, Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie 544.
— Kathetersterilisator 673.
— Über Hefeseifen 64.
— Die Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt nebst histologischen Untersuchungen 420.
— 174.
Dreyer, Erythrosineinspritzung 340.
— Schwere Gehirnsyphilis 393.
— 429. 431. 432. 436. 438.
Dreysel 187.
Druelle, Hôpital Saint Louis 291.
— Papillom durch Berührung mit Warzen 291.
— Scabies mit chancriformem Geschwür 291.
— Angeborene Alopecie 291.
— Lupusähnliches Geschwür. Syphilis oder Lupus? 291.
— Trichophytiasis des Handgelenks 291.
— Zwei Lupusknoten auf der Stirn 291.
— und Gaucher, Exanthem infolge von Cerebringebrauch 346.
Dubois-Havenith 594.
Dubois, Behandlung von Ulcus molle und Bubonen 150.
Dubreuilh, Über die Heilbarkeit der Lepra 203.
— Die Blastomycosis cutanea 39.
— 276. 440. 443.
Dubuche, Über Trichorrhexis nodosa 624.
Du Castel 89. 90. 586. 588. 593. 594. 665.
Ducrey 151. 202. 276. 396. 644.
Duguet 89.
Duhot, Die intensive, unmittelbare und abortive Behandlung der Syphilis 143.
Duhring 122. 586.
Dühren 506.
v. Düring, Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane 519.
— Grundsätze der Syphilisbehandlung 522.
— 455. 482.
v. Düring und Wolff, Stachow, Fabry, Hippe und Fürth, Bordelle und Bordellstrafsen 545.
Dunin, Chronische Eiterung der Finger mit Niederschlägen von kohlen- und phosphorsaurem Kalk 668.
Dukes 362.
Dulk 22.
Duprey 259.
Dupuy, Beitrag zum Studium der Hämaturie im Verlaufe der renalen Tukerkulose 225.
— 502.
Duvigeand 521.
Dyen, Ursprung der Lepra im Staate St. Louis 414.

Eberle, Plasmobien des Denguefiebers, eine kurze Beschreibung ihrer frühesten Entwicklung 234.
Eberlein 569.
Ebstein 358.
Eckstein, Demonstration von Paraffinprothesen bei Gesichtsdeformitäten und Gaumendefekten 27.
Edens und Jessen, Polymyositis und Polyneuritis bei Morbillen 76.
Edington, Strangulierung des Hodens infolge von Torsion des stielförmigen Mesorchiums 212.
Ehlers, Lepra in Island 203.
— 8. 20. 514.
Ehrlich 176. 193. 196. 503.
Ehrmann, Elephantiasis der Oberlippe 396.
— Psoriasis und Lues papulosa 396.
— Lichen scrophulosorum 396. 397.
— Acrodermatitis atrophicans 397.
— kleinpapulöses Syphilid, gummöse, retroperitoneale Lymphdrüsen 397.
— Leukoderma nach Psoriasis 397.
— Athrophia cutis idiopathica 462.
— Syringomyelie mit Malum perforans 462.
— 179. 180. 186. 193. 395. 398. 461. 462.
— und Fick, Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut 574.
Eichhorst, Quecksilbersepsis 529.
Eichwald, Entstehung der Harnblasenperforationen 208.
Eijkmann 259.
Einis, Herpes zoster recidivus s. intermittens s. periodicus 71.
— Über einen Fall von Nephritis mit malignem, fulminantem Verlauf nach Angina follicularis 568.
Eisenstadt, Aufgaben des Arztes im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten 36.

Elder, Akute, intestinale Obstruktion, verursacht durch eine syphilitische Ulceration im Ileum 109.
Elsenberg, Lichen ruber planus 603.
— Pemphigus pruriginosus 604.
— 603. 604.
Engelbrecht, Heilung der Unterschenkelgeschwüre 163.
*Engelbreth, Ventilspritze 180.
— 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191.
Englisch 214.
Engman, Krankheiten der Schleimhäute in ihren Beziehungen zu den Hautkrankheiten 472.
Epstein, Über Hetralin, ein neues internes Harnantiseptikum 170.
Erb 5. 37.
Erben, Urobilinurie als Symptom der Auto-Hämolyse. Zwei Fälle von Skorbut 225.
Escat, Rolle der Drüsen der Urethra bei den perinealen Eiterungen 129.
Escherich 360.
Esmarch 620.
Estrabaut, Untersuchungstisch für medizinische, chirurgische, urologische und gynäkologische Zwecke 98.
Etienne, Beziehungen von Pagets Disease zur hereditären Syphilis 129.
Eulenburg 37.
Evans 513. 602.
Ewald 343.
Ewart, Zur X-Strahlenbehandlung 335.
Exaude 442. 443.
Exner 338.

Fabre, Semiotik und Diagnose des Herpes zoster 354.
— 72.
Fabry, Wolff, Stachow, Düring, Hippe, Fürth, Bordelle und Bordellstrafsen 451. 545.
Fahrenholtz, Tuberkulose der Tränendrüse 417.
Fairbanks, Hereditäres Ödem 66.
Falkner, Fall von Prostatitis posttyphosa chronica 216.
Fallopia 285.
Fallopius 201.
Fasal, Exulcerierendes Carcinom auf dem Nasenflügel 395.
— Dariersche Krankheit 464.
Faure, Bemerkungen über Quecksilberinjektionen bei Neurosen von syphilitischem Ursprung 409.
Faure-Beaulieu 122.
Fauveau, Über Opticus-Neuritis und Atrophie im Anschlufs an Gesichtserysipel 155.
Favre 598.
Feer, Nagelveränderungen nach Scharlach und Masern 357.
Feibes 285.
Feldmann, Narbencarcinom auf der Basis einer alten Brandverletzung 158.
— Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argentum colloidale 532.
Feleki 181. 182.
Felländer, Kasuistik des Adenoma sebaceum disseminatum 645.
Fels, Erfahrungen aus einer Masernepidemie 360.
— Gonitis luetica 518.
Ferdy, Geschichte des Coecal-Condoms 287.
Féréol 391.
Ferretti, Einige Fälle von Pemphigus als Ausdruck der Syphilotoxämie und des lokalen Reizes neurotrophischer und streptokokkischer Art 43. 661.
Ferria, Fixationsapparat für Verweilkatheter 290.
Feser, Chronisch sklerosierende Gastritis (Linitis plastica Brintons) und ihre Beziehungen zur Syphilis 517.
Feuerstein, L., Referate 55. 106. 111. 227. 230. 514. 604. 669.
*Fick, Beitrag zur Kenntnis der frischen Narbe nach einer papulo-tuberösen Syphilis 175.
— und Ehrmann, Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut 574.
Fiessinger und Huchard, Die Behandlung der Albuminurien 222.
Filarétopoulo, Beitrag zum Studium der Leukoplasia buccalis und ihre Behandlung 502.
Filatow 362.
Finger, Fortschritte in der Syphilislehre in den letzten 25 Jahren 105.
— Lupus disseminatus und Tuberculosis verrucosa cutis 395.
— Erythema annulare 397.
— Lupus 397.
— Ekzem en plaques 398.
— Syphilid mit orbikulären seborrhoischen Papeln 398.
— 379. 395. 396. 397. 594. 647.
— und Landsteiner, Syphilisimpfung auf Affen 397.
Fink, Wirksamkeit der Vaccination nachgewiesen durch Inokulation mit Pockengift 79.
Finsen, Rotlichtbehandlung bei Variola, eine Entgegnung 409.
— 1. 25. 26. 27. 44. 45. 60. 62. 63. 100. 104. 125. 126. 163. 173. 206. 277. 327. 334. 335. 336. 337. 340. 341. 366. 401. 405. 406. 415. 420. 421. 429. 432. 438. 464. 599. 608.
Finucane 253. 256. 257. 258. 276.
Fischer, Akute eitrige Prostatitis 216.
— Über den akuten Verlauf des Morbus

Digitized by Google

Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der gastro-intestinalen Erscheinungen 618.
Fischer 485.
Fischl, Behandlung der Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica 516.
Fischel 569.
Fischi, Beitrag zum Studium der branchiogenen Neubildungen 649.
Flesch, Neisser und Bernstein, Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten 450. 451.
— 453.
Flemming 86. 304.
Fleury, Behandlung der Brandwunden mit Serumverbänden 350.
Fliess 28.
Flourens 528.
Fokin 126. 127.
Forbes und Cowie, Intrauterine Infektion des Fötus mit Variola 77.
Fordyce, Krankheiten der Schleimhäute in ihren Beziehungen zu den Hautkrankheiten 471.
— 82. 201. 384.
Forel 37.
Fornet, Cardoldermatitis 352.
Forschbach, Behandlung der Bubonen nach dem Langschen Verfahren 579.
Forchhammer, Klinische Mitteilung über Lichtbehandlung nach Sensibilisation 340.
— Behandelte Lupuspatienten aus Finsens medizinischem Lichtinstitut 421.
— 409.
Forster, Xeroderma pigmentosum 165.
Fortune, Purpura convalescentium im Gefolge einer milden Masernattacke 361.
Foucault, Hartnäckiger Fall von Gichtekzem 526.
Fouquet 501. 510.
Fourcade, Über die Dauer der Kontagiosität der Syphilis 511.
Fournier, Betrachtung über einige Hauterscheinungen bei chronischer Blinddarmentzündung 54. 292.
— Symmetrisches Aneurysma der Arteriae cubitalis bei einem Luetiker, Heilung 477.
— Allgemeine Paralysis und Syphilis 661.
— 5. 7. 8. 42. 106. 120. 206. 447. 463. 482. 502. 522. 657.
Fowler 299. 508.
Fox 508.
—, Colcott 123. 262. 586. 588. 593.
—, Tilbury 464. 585. 586. 594. 650.
Fraenkel, Hetralin, ein wirksames Mittel gegen Cystitis und Pyelitis 35.
— 567.
Français, Ein Fall von Sarcoides subcutaneum multiplex 571.
Franceschini, Epitheliom oder gummöse Ulceration des Gesichtes? 610.
Francioni 345.
François, Radiotherapie bei den malignen Tumoren 159.
Franck 321.
Frank, Naevi pigmentosi disseminati bei einem Hydrocephalus 168.
— 202. 284.
Franke, Zur Behandlung des Erysipels 531.
Franz 558.
Fraser, Variola haemorrhagica 366.
Fresenius 379.
Freudenberg 219.
Freund, Ein neues radiometrisches Verfahren 60.
— Therapie und forensische Begutachtung der Röntgenstrahlendermatitiden 69.
— Sonderheilstätte für Geschlechtskranke in Lichtenberg bei Berlin 455.
— und Oppenheim, Über bleibende Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlungen 68.
Freyer, Die radikale Behandlung der Prostatahypertrophie mit totaler Exstirpation 218.
— 218. 475.
Freyse, Xeroderma pigmentosum 625.
Friedländer, Primäraffekt auf der Oberlippenschleimhaut 601.
— 152. 279. 316.
Friedreich 583.
Frisch 151.
Fritsch, Milka, Worte gegen die reinen Frauenrechtlerinnen 281.
Fulconis, Genitaltuberkulose im Kindesalter und ihre Behandlung 169.
Fuller, Falsche Wege der Harnröhre 323.
— 219.
Le Fûr, Entzündliche Strikturen der Pars posterior urethrae 320.
Fürstenheim, Frühdiagnose und chirurgische Behandlung des Prostatacarcinoms; Bottinische Operation als Palliativverfahren 216.
Fürth und Wolff, Stachow, Düring, Fabry, Hippe, Bordelle und Bordellstrafsen 451. 545.
v. Fürth 598.

Gaddesden 366.
Gailleton 206.
Galatti, Klinische Beiträge zum Hydrocephalus syphilitischen Ursprungs 111.
Galdi und Angiolella, Psychosen bei Syphilitikern 141.
Galewsky, Über Eukalyptusdermatitiden 314.
— 125.
Galerowski, Syphilis des Auges 481.
Galliard, Varicella 363.

Digitized by Google

Galloïs 528.
Gant, Therapie des Ekzema marginatum 325.
— Hämorrhoiden 619.
Garbi, Beiträge zum Studium der Chylurie 222.
Gardella 308.
Gardiner, Übersicht über die neueste Ekzemliteratur 146.
Garré 600.
Garrick-Wilson, Drei Fälle von erblicher Hyperkeratosis des Nagelbettes 288.
Garten 329.
Gärtner 442.
Gassmann, Schwere Nephritis nach Einreibung eines Scabiösen mit Perubalsam 64.
— 29. 350.
Gattel 37.
Gatzweiler, Erysipelas faciei mit Ausgang in Septikopyämie 532.
Gaucher, Vorlesungen über Syphilographie 133.
— Syphilis 133. 135.
— Differentialdiagnose zwischen Lues und Lupus, Tuberkulose, Lichen usw. 133. 134. 135.
— Schanker 134.
— Pigmentäres Nackensyphilid (Leukoderma syphiliticum) 135.
— Polymorphes Erythema und Syphilis 135.
— Doppelter Schanker 135.
— Ozaena luetica 135.
— Schanker und floride Syphiliseffloreszenzen gleichzeitig 135.
— Albuminurie bei Beingeschwüren 291.
— Die visceralen Erscheinungen der sekundär-hereditären Lues in den Atmungsorganen und der Leber 481.
— Hereditär-syphilitische Pseudoparalyse oder Parrotsche Krankheit 521.
— Schanker der linken Brustwarze 654.
— Schanker am Hals 654.
— Gumma des Gaumensegels 654. 655.
— Epitheliom 654.
— Gumma der Unterlippe 654.
— Schwere Sekundärsyphilis 654.
— Syphilitische Vegetationen der Eichel 654.
— Blennorrhoe, Schanker, sekundäre Syphilis und Facialislähmung 654.
— Syphilitische Ulcerationen 654.
— Nervensyphilis 654.
— Gefäßerkrankungen und Aneurysma der Aorta 655.
— Alopecie 655.
— Tertiärsyphilide des Gesichts 655.
— Scabies und Roseola syphilitica 655.
— Blennorrhagische Erosionen der Vulva 655.
— Psoriasis palmaris luetica 655.
Gaucher, Zwei extragenitale Sklerosen 655.
— Leukoplacia lingualis luetica 655.
— Syphilis hereditaria tarda 655.
— Ekzem bei einem Syphilitischen 655.
— Lues und Hauttuberkulose kombiniert 655.
— Rupia luetica 655.
— Syphilis hereditaria 655.
— Papulosquamöses Syphilid 655.
— Syphilitische Ulcerationen der Zehen 655.
— Gumma der Brust 655.
— Konzeptionelle Syphilis 655.
— Plaques im Munde bei Rauchern 655.
— Periostitis 655.
— Malaria und Syphilis 655.
— Meningitis gummosa diffusa cerebrospinalis 655.
— Syphilis oder Epitheliom? 656.
— Exanthem, leicht zu verwechseln mit Syphilis 656.
— Rezidive der luetischen Exantheme 656.
— Doppelseitige Dakryocystitis bei einem hereditär-luetischen Kinde 656.
— Totale Aphonie, Plaques muqueuses, Leukoderma 656.
— Roseola circinata 656.
— Gumma 656.
— Lippenschanker 656.
— Syphilis maligna 656.
— Gutartige Syphilis 656.
— Osteoperiostitis 656.
— 120. 174. 291. 447. 448. 654.
— und Druelle, Exanthem infolge von Cerebringebrauch 346.
Gauchery 122.
Gautier, 299. 309.
Gay, Alopecia areata, geheilt durch Hochfrequenzströme 163.
Gebert 395.
Geerlings, Sklerodermia diffusa 166.
v. Gelderen, Scarlatinarezidiv 355.
Gellis, Toxisches Erythem mit Blasenbildung 398.
— Lupus erythematosus 398.
Genoud 126. 337.
Gerber 205.
Gerrard, Ist die Scarlatina möglicherweise als eine Lokalaffektion aufzufassen? 74.
Gessard 598.
Gewand 241. 242. 247. 251. 254. 257. 258. 260. 261. 275. 276.
Ghon 530.
Gheorghieff, Behandlung ulcerierender Angiome bei ganz jungen Kindern 615.
Gibert 524.
van Gieson 86. 432. 436. 538. 539. 575. 594.
Gilbert 570.
Gilchrist, Erysipeloid 96.

Gillet, Syphiloserien 482.
Giorgi, Haaranomalien 295.
Girtanner 287.
Gläser, Wie man etwa erforderliche Syphilis konstruiert 511.
— 5.
Glaessner 596.
Glass, Helmitol, ein neues Harndesinfiziens 673.
Glebowski 429. 430. 431. 436. 438.
Glenny, Rapid sich ausbreitende Gangrän 152.
Glitsch, Sexualorgane und Frauentracht 37.
Glogner 251. 276.
Glück, Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Bosnien und der Herzegowina 203.
— 415.
Goebel, Idiopathischer, protrahierter Priapismus 674.
Götz, Referate 57. 65. 69. 71. 99. 132. 133. 140. 141. 143. 146. 148. 149. 150. 154. 155. 158. 159. 161. 162. 163. 164. 169. 172. 173. 208. 209. 222. 225. 228. 230. 290. 293. 296. 315. 322. 331. 339. 342. 343. 346. 349. 352. 354. 355. 357. 358. 362. 405. 417. 425. 426. 427. 428. 469. 470. 472. 475. 481. 482. 484. 509. 512. 513. 514. 518. 524. 526. 528. 531. 570. 573. 574. 578. 583. 611. 617. 619. 620. 624. 664. 667. 669. 670. 673. 675.
Goldberg, Wirkung und Nebenwirkung neuerer Urinantiseptica (Urotropin, Helmitol, Hetralin) 169.
— Anzeigen und Heilwert der Prostatektomie 652.
Goldmann, Vorläufige Mitteilung über die Impfung unter rotem Licht 79.
— Infektion mit Ankylostoma hominis infolge Eindringens der Larven in die Haut 667.
— 285. 411. 642.
Goldschmidt, Zur Kasuistik des Morbus Addisonii 618.
*Goldstein, Therapeutische Erfahrungen über Enésol (salicylarsensaures Quecksilber) bei Syphilis 367.
— Eruptionsikterus bei Syphilis 516.
Goldzieher 586. 594.
Goll 399.
Gollis, Beitrag zur Lehre von den Tuberkuliden 416.
Good 448.
Goodfellow, Alte und neuere Behandlungsmethoden der Harnröhrenausflüsse 324.
Goodman, Abschuppen im Gefolge von Ptomainvergiftung 346.
Gordon 74.
v. Gosen, Therapie der Ulcera cruris bei varikösen Venenerkrankungen 162.
Gosio 299. 300. 309.
Gottheil, Akne keratosa 148.
— Behandlung der Syphilis infantium 482.
— 63.
Gower 17. 37.
von Graefe, A. 524.
Graham, Die Nichtempfänglichkeit der Neugeborenen für Masern 75.
Gram 316. 361. 403. 534. 578.
Grandhomme 379. 382. 383. 384. 389.
Grau, Häufigkeit der Nieren- und Blasensteine 210.
Green, Weitere Mitteilungen über einige ergänzende Momente betreffs der mit Chloroform behandelten Kälberlymphe 413.
Greene, Behandlung von Schleimhautplaques bei sekundärer Syphilis 326.
Gresbeck, Ein Fall von Morbus Addisonii ohne Bronzefärbung der Haut 618.
Grimm, Dermatitis venenata 69.
Grinew, Blutveränderungen beim Pemphigus foliaceus Cazenave 93.
Gros 662.
Gross, Heutiger Stand der Tripperbehandlung 324.
— Nichtblennorrhoische Urethritis 649.
Grossglick 106.
Grossmann, Angeborene Blutcysten des Halses 616.
Grosz, Urethritis non blennorrhoica 398.
— 396. 463.
Grote, Alkohol und Syphilis in ihren Beziehungen zur progressiven Paralyse 521.
Gruber 561.
Gruby 571.
Grübler 494.
Grünbaum, Die Keimzellentheorie in bezug auf Krebs 583.
Grünberger, Tödlicher Morbus maculosus Werlhofii 348.
Grünfeld, Kleinpustulöses Syphilid 396.
— 173.
Grünwald 49.
Guarnieri 99. 364.
Guérin 487.
Guiard 181. 185. 186.
Guibout 473.
Guillet, Zur Pathogenese der Elephantiasis 533.
Guilly, Aorta und Syphilis. Die Häufigkeit des gleichzeitigen Bestehens der Aortitis mit Tabes dorsalis und allgemeiner Paralyse bei Syphilis 658.
Guiteras 202. 323.
Günder, Sarkom mit Epitheleinschlüssen. Beitrag zur Lehre von der sog. atrophischen Epithelwucherung 160.
Gurlt 208.
*Guszman, Josef, und Hudervernig, Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes dorsalis und Paralysis progressiva 4.
— Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) 469.

Digitized by Google

Guttmann, Entwicklung und Wachstum des Hautcarcinoms 584.
Guyon, Veränderungen der Virulenz und der Chirurgie der Harnorgane 129.
— Palliativoperation bei Blasencarcinomen 209.
— Chloroformieren der Harnblase 469.
— 38. 185. 188. 317. 318. 606.

de Haan 486.
Haase, Kasuistischer Beitrag zum Lupus vulgaris 417.
— 21. 22.
Haccius 486.
Hacker 321.
Hahn 32. 419.
— F., Referate 142. 328. 348.
Halgand, Studie über die Trichophytien des Bartes 148.
Halipré, Subcutanes Emphysem bei der chronischen Tuberkulose 669.
Halkin 338.
Hall, Zoster des zweiten Astes des Trigeminus 39.
Halle, Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum 194. 279.
— Erythrodermia chronica 277.
— Pityriasis rubra pilaris 277.
— 282. 455.
Hallen 236. 243. 260. 276.
Hallopeau, Lepra scarlatiniformis perstans 102.
— Grundsätze der Syphilisbehandlung 142.
— Programm für Syphilisexperimente 292.
— 88. 89. 90. 379. 382. 383. 384. 385. 387. 388. 406. 473. 501. 506. 509. 598. 608.
Halpern, Lokale Beeinflussung der abnormen Hauternährung nach gesteigerter Muskeltätigkeit 55.
Hamilton, Chirurgische Scarlatina 75.
*Hammer, Die Glasfeder, ein praktisches Instrument zur Applikation flüssiger Ätzmittel 444.
— Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörung 34.
— Typischer Uranismus eines jungen Mädchens 37.
— Weihnachtsfeier im größten Dirnenkrankenhause Deutschlands 468.
— 561.
Hammonie 510.
Handerson, John of Gaddesden, Blattern und die Finsenlichtbehandlung 366.
Handford, Gummata des Herzens 479.
Hannes, Endarteriitis syphilitica an der unteren Extremität 520.
v. Hansemann 425.
Hansen, Abnahme der Lepra in Norwegen 414.
— Paraleprose 415.
Harbinson, Eine septierte Vagina 227.
Hardy 60. 61. 473.
Harm, Sklerodermia diffusa et circumscripta mit Sklerodaktylie bei einem neunjährigen Mädchen 664.
Harrison 458.
Hartigan, Behandlung des Portwein-Naevus mit Radiumbromid 95.
Hartmann und Weirick, Transplantation von Haut einer amputierten Extremität 332.
Harttung, Erythema induratum 528. 529.
Hartzell, Granuloma pyogenicum (Botryomykosis Poncet und Dor) 96.
— Erkrankung der Nägel, verbunden mit Arthritis der Endgelenke der Finger und Zehen 623.
— Behandlung des Lupus erythematosus durch wiederholtes Gefrieren mit Äthylchlorid 626.
Hasenclever 209.
Haskovec 283.
Haslund 20.
Haushalter 586. 588. 594.
Haussmann 201. 284.
Hay, Impfung unter rotem Lichte 80.
— 83.
Hayem, Syphilis des Magens 658.
— 350.
Hayles-Upper, Zufällige Wiederimpfung 79.
Head 542.
Heberle, Isolierte blennorrhoische Infektion präputialer und paraurethraler Gänge 228.
Hebra, F. von 22. 51. 73. 277. 278. 299. 300. 350. 391. 396. 422. 455. 506. 507. 525. 527. 666.
— Hans von 627.
Hebras, Gibt es ein Delirium vaccinale? 410.
Heffter, Resorption von Jod und Jodkaliumsalben 28.
Hegar 37.
Heidingsfeld, Naevi lineares 168.
— Methode zur Behandlung der Impotenz 323.
— 53. 54. 164.
Heine, Darmblasenfisteln infolge von Darmdivertikel 32.
Heineke, Radiumstrahlenwirkung auf tierisches Gewebe 339.
Heinrich, Arzneiexanthem nach Aspiringenufs 346.
Heiler, Schwund der Harnblase durch tuberkulöse Geschwüre 173.
Heintze 34.
Heitzmann 541.
Hellat, Diagnose und Therapie der Nasenlues 108.
Heller, Diabetes mit Tumoren 278.
— Anatomie, Pathogenese und Ätiologie der spitzen Kondylome 395.

Digitized by Google

Heller, Favus am Bein 601.
— Nekrose der Nasenhaut mit Ausstofsung des Paraffins 601.
— 124. 221. 223. 358. 394. 404. 426. 600.
Hempfing 283.
*Henggeler, Einige Tropenkrankheiten der Haut 235.
Henneberg, Lues cerebrospinalis 112.
Hennig, Massage der Prostata und der Samenblase 317. 467.
Henoch 66. 347.
Henriot, Aktinomykose der Genitalien 534.
Hensler 421. 422.
Herden 660.
Hermann, Epidermolysis bullosa hereditaria 72.
— Erythema nodosum blennorrhoicum 280.
Herring, Ursachen der Prostatavergröfserung 216.
— 217.
Herrmann, Chirurgische Behandlung der Bubonen 581.
Hertz, Adenocarcinom des Nabels 583.
Hervieux, Bericht an das Ministerium über die im Jahre 1903 von Lehrern durchgeführten Impfungen 410.
Herxheimer 145. 403. 456. 641. 642. 649.
Hess, Syphilis haemorrhagica neonatorum 142.
— Statistik und Kasuistik des Carcinoms der Harnblase 209.
Heubner 197. 519. 663.
Heuck, Indurative Plaque im Penis 125.
— Statt Urin milchweifse Flüssigkeit 601.
Heuss 235. 628.
Heyden 483.
Heydenreich 456.
Heymann, Korrespondenz mit Blaschko 281.
Heynemann, Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Nagelerkrankungen 624.
Himmel 176.
Hippe, Wolff, Stachow, Düring, Fabry, Fürth, Bordelle und Bordellstrafsen 451. 545.
Hippe 454.
Hippokrates 37.
Hirsch, Statistik der Psoriasis vulgaris 199.
— Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? 287.
— Erythema induratum (Bazin) 649.
— 262. 421. 422.
— und Ravasini, Jothion, ein neues Jodpräparat zur percutanen Applikation 647.
Hirschel und Werner, Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Radiumstrahlen 339.
Hirschfeld, Übergänge zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht 202.
Hirschfeld, Irrtümliche Geschlechtsbestimmung 319.
— Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 505.
— 8. 25. 382.
— und Pollio, Über die Resorption von Jod aus Jodkaliumsalben 28.
Hirschl, Frühdiagnose der progressiven Paralyse 113.
— 164.
Hirt, Die Diagnose der Hämaturie 223.
Hlatzky 592.
Hoch, Grundsätze der Syphilisbehandlung 482.
Hoche 229.
Hochsinger, Studien über die hereditäre Sypilis. II. Teil: Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis 136.
— 397.
*Hodara, Ein Fall von Akanthosis nigricans im Gefolge eines Brustkrebses 629.
— Behandlung der Krätze 310.
— 635. 636.
Hodgson, Bericht über einen Fall von Pocken 365.
*Hoffmann, Über einen äufserst charakteristischen Fall von Erythema scarlatiniforme recidivans 390.
— Diabetes mellitus und Lichen ruber planus 25.
— Tuberöse Joderuption 25.
— Demonstration sogenannter Psorospermien 50.
— Durch Pflanzen bedingte artifizielle Dermatitiden 70.
— Solitäre, indurierte Papel 124.
— Nagelfavus (Onychomykosis favosa), Löffelnagel 151.
— Venenerkrankungen bei sekundärer Syphilis 197.
— Primelkrankheit und andere durch Pflanzen verursachte Hautentzündungen 349.
— Venenerkrankungen im Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis 399.
— Fortschritte in der Lehre von der Syphilis und die Bedeutung der zahnärztlichen Tätigkeit für ihre Bekämpfung und Verhütung 510.
— Gregarinen oder Plasmazellen? 512.
— Ätiologie und Pathogenese des Erythema nodosum 535.
— Behandlung des äufseren Milzbrandes beim Menschen 578.
— Weitausgebreitete Dermatitis durch Anwendung von Isoformgaze 601.
— 25. 124. 213. 277. 278. 393. 394. 425.
Höffel 558.
Höfler, Jodtherapie 34.
Hofmann, Luetische Affektionen der Chorioidea 115.
— 398.

Hofmann und Küster, Ein Beitrag zur Bakteriologie der Noma 577.
von Hofmann, Bakterienbefunde bei chronischer Blennorrhoe 279.
Hofmeister 598.
Holländer 160. 334. 397. 398. 627. 650.
Hollstein, Narbige, kahle Flecken auf dem Kopf 26.
— Kasuistik der spontanen und artifiziellen Hautgangrän auf nervöser Grundlage 347.
— 26.
von Holten, Über posterysipelatöses Sklerom 533.
Holzknecht, Gleichmäßigkeit der Röntgenreaktion 335.
— Heutige Indikationsstellung in der Epitheliomtherapie 582.
— 25. 60. 61.
Homén 229.
Hontum und Kayser, Zwei Fälle von abortiver Lepra 499.
Hoover, Syphilis des Magens 109.
Hopf, Eugen, Kritische Betrachtungen über Wandlungen und Fortschritte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 446. 545.
— Referate 281. 287. 328. 332. 479. 506. 508. 534. 666.
— 562.
Hopmann, Verwendung der Protargolsalbe in der Behandlung der Wunden und Hautkrankheiten 65.
Hübener 125.
Huchard und Fiessinger, Behandlung der Albuminurien 222.
*Hudovernig und Guszman, Beziehungen der tertiären Lues zur Tabes und Paralysis progressiva 4.
Huhmann, Zwei Fälle von Röntgendermatitis 69.
Huismans, Beziehungen von Infektion, Gefäß- und Blutdrüsenerkrankungen zur Sklerodermie 668.
Humbert 514.
Hutchinson, Bemerkungen über Krebs 157.
— 35. 116. 268. 270. 272. 414. 456. 508. 527. 586. 656.

Imhof, Traumatisches Emphysem des Gesichts 167.
Immerwahr 277.
Imray 242. 255.
Isaac, Referat 277.
Ischreyt, Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum 625.
Israel 117. 219.
Ispolatowsky, Ätiologie der Sehnervenatrophie 521.
Jackson 114.
Jacques, Addisonsche Krankheit, eingeleitet durch Influenza 161.
Jacquet, Erythema papulatum 600.
— 23. 332. 603. 633. 637.
— und Rondeau, Vernix caseosa, Heredo-Seborrhoea und Acne foetalis 320.
Jadassohn, Behandlung der akuten Blennorrhoe 230.
— Infektiöse und toxische hämatogene Dermatosen 54.
— 30. 123. 165. 358. 382. 383. 384. 385. 387. 388. 390. 391. 463. 526. 592. 594. 625.
Jadelot 21.
Jäger, Sarkom der Harnblase 209.
Jakowski 229.
Jamieson 389. 508.
Janet 190. 232.
Janowsky 631. 632.
Jansen 429. 431. 432. 436. 438.
Jarisch 193. 380. 389. 527.
Jastrowitz 37.
Jaubert, Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis beim Kinde 513.
Jeanselme 236. 241. 243. 245. 247. 248. 249. 251. 254. 257. 258. 259. 261. 276.
Jenniker 422.
Jesionek, Vererbung der Syphilis 512.
— Eine neue dermotherapeutische Bestrahlungslampe 173.
— 285. 512.
— und Kiolemenoglou, Befunde von protozoenartigen Gebilden (Gregarinen) in dem Organe eines hereditär-luetischen Fötus 425. 512.
— und Tappeiner, Zur Behandlung der Hautcarcinome mit fluoreszierenden Stoffen 612.
Jessen und Edens, Polymyositis und Polyneuritis bei Morbillen 76.
Jessner, Mitin, eine neue Salbengrundlage 341.
— Referat 136.
Jetter und Scheerer 173.
Joachim, Behandlung von Hautkrankheiten mit konzentriertem Licht 63.
Joaume 422.
Jocuflaum 127.
Joffroy, Syphilis und Paralyse 662.
Johnson 237. 250. 276.
—, Carr und D'Arcy Power, Aktinomykosis der Haut bei Kindern 153.
Jolles 373. 379.
Jones, Akute Dermatitis, verursacht durch Reizung mit Atlasholz 70.
de Jonge 247. 276.
Jooss, Therapie des Ulcus molle 202.
Joosz, Keratosis der Harnröhre 318.
Jordan, Referate 125. 455. 480. 510. 514. 602. 628.
— 115. 518.
Joseph, Dermato-histologische Technik 45.

Digitized by Google

Joseph, Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Crurin 651.
— 71. 199. 200. 285. 613. 651.
— und Vieth, Behandlung der Frostbeulen 650.
Jovelly, Galoppierende Hodentuberkulose 212.
Jullien, Quecksilbereinspritzungen 291.
— Die venerischen Krankheiten und ihre Prophylaxe in den französischen Kolonien 331.
— Phlebitiden der Sekundärperiode der Lues 476.
— 106. 454.
Juliusberg, Epithelioma contagiosum von Taube und Huhn 614.
— 664.
Jurinka, Seltsame Luxatio testis 212.
Jürgens, Ätiologische Begründung der Pockendiagnose 364.
Just 585. 592.

Kablitz, Epidermolysis bullosa traumatica (hereditaria et acquisita) 353.
Kaiser, Behandlung der Varices 621.
Kaku, Therapeutische Bedeutung der Exzision des syphilitischen Primäraffektes 106
Kambouroglou 629.
Kaminski, Syphilitische Darmstenose 517.
Kampfmeyer 479.
Kanitz 650.
Kaposi 28. 29. 30. 51. 103. 125. 193. 194. 279. 391. 463. 469. 507. 508. 604. 608. 626.
Kapsammer, Kryoskopie und reflektorische Polyurie 220
Karpeles, Nebennierentuberkulose ohne Morbus Addisonii 618.
Kast 598.
Katzenellenbogen, Referate 48. 51. 52. 56. 102. 113. 118. 139. 147. 148. 155. 160. 169. 170. 211. 212. 216. 226. 335. 338. 341. 348. 357. 509. 516. 517. 522. 526. 531. 612. 614. 668. 673.
Katzenstein 211.
Kaufmann, Therapie der Leukoplakia urethralis 172.
— Psoriasis vulgaris 527.
— 600. 675.
Kayser, Tertiär-syphilitisches Fieber 407.
— 276.
— und Houtum, Abortive Lepra 499.
Keding, Die Parasitentheorie der Geschwulstentstehung im Vergleich zu den tatsächlichen Erfahrungen über multiple Primärtumoren 332.
Keelan 253.
Keith 86.
Kelber, Über Dermatitis papillaris capillitii. Dermatitis papillaris skleroticans nuchae 151.
Kellogg 575.
Kelly 672.
Kelsch, Die Stomatitis ulcerosa-membranacea 150.
— Ausführung des Impfens 411.
Kenneth 268.
Kermorgant, Geschichtlicher Überblick über die Lepra in den französischen Kolonien 498.
Kerndl 581.
Kerr, Anthrax des Vorderarms; Exzision; Heilung 578.
Keyser, Fünf Fälle von Mammacarcinom beim Manne 157.
Kieselbach 441.
Kiesewetter 38.
Kime, Indikation für Lösung der Nierenkapsel 324.
King 514.
Kiolemenoglou und Jesionek, Protozoenartige Gebilde (Gregarinen) in den Organen eines hereditär-luetischen Fötus 425. 512.
Kirchgraber, Haftung von Salzen auf der Haut 333.
Kirchner 510.
Kirmisson, Hereditäre Knochensyphilis (Parrotsche Krankheit) 481.
Kirschenblat, Verhalten der neutrophilen Granula in den farblosen Blutkörperchen des Eiters 329.
Klauber, Molluscum contagiosum als Tumor der Areola mammillae 614.
Klebs 41.
Klein, Scarlatinoid 362.
— 74. 86.
Kleinertz, Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe 35.
Klemm, Pfortaderthrombose bei Lebersyphilis mit tödlicher Magen- und Darmblutung 517.
Klemperer, Bemerkung zu: Rosenbach, Diagnose der Lues ex juvantibus 117.
Klingmüller, Behandlung der Bubonen 581.
— 402. 403.
Klose 487.
Klotz, Behandlung der chronischen Urethritis blennorrhoica 323.
Kluczycki 642.
Knabe, Beitrag zur Kasuistik des Pemphigus 527.
Knies 106.
Knöpfelmacher, Alimentäre Glykosurie und Myxödem 164.
— und Schein, Impfung unter rotem Licht 411.
Knowles, Die lokale Behandlung des Erysipels mit Acetozon 532.

Knox, Klinische Studie an Fällen von Aktinomykosis 154.
Kobert, Lehrbuch der Intoxikationen 46.
Köbner 28. 508.
Koch 41. 80. 102. 236. 247. 253. 254. 261. 276. 442. 578.
Koelichen, Organerkrankungen des Nervensystems auf blennorrhoischer Basis 229.
Kölliker, v. 84.
Koetschet, Progressive Paralyse und Syphilis mit Berücksichtigung der in Bosnien und Herzegowina gesammelten Erfahrungen 112.
Koettlitz, Ichthyol bei der Behandlung des Erysipels 154.
— Herpes zoster, wahrscheinlich durch Bleivergiftung 354.
Kohn 562.
Kolle 540.
Kollmann 172. 226. 321.
König 170.
Koplik 361.
Kopp 384.
Korach, Kasuistik der Mesotanexantheme 352.
Kornacker, Initialsklerose der Augenlider 424.
Kornfeld, Therapeutischer Wert des Gonosans 48.
Korté, Amaas oder Milchpocken der Kaffern 76.
— Parasiten der Variola, Vaccine und Varicellen 364.
Kossmann, Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? 385.
Köster, Gehirngumma von ungewöhnlicher Gröfse 522.
Kothe, Einflufs photodynamischer Substanzen auf die Wirkung der Röntgenstrahlen 337.
— 382. 383. 384. 388.
Krämer, Aneurysma aortae auf luetischer Basis 520.
— 242. 249. 254. 258. 261. 262. 276.
Krafft, Primäre maligne Nebenhodentumoren 211.
Krasnoglasow, Kasuistik der Mykosis fungoides 31.
Kraus, Multiple, in Knotenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut 102.
— Weitere Untersuchungen über die entzündliche Atrophie des subcutanen Fettgewebes 195.
— Eigenartige Hauttuberkulose, gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis der Verkalkungen in der Haut 463.
— Herpes zoster facialis bilateralis 651.
— 586. 594.
Krause 174. 540.
Kreibich, Hautreflexe 51.
— 124. 193. 338. 395. 534. 650.
— und Polland, Refraktrometrische Untersuchungen exsudativer Dermatosen 648.
Kreissl, Hämochromatosis der Haut und Bauchorgane bei idiopathischer Hautatrophie mit Erythrodermie 31.
Kremers, Karbolgangrän 352.
Kromayer, Heilerfolg bei Alopecia totalis mit Eisenlicht 25.
— Rotationsinstrumente. Ein neues technisches Verfahren in der dermatologischen Kleinchirurgie 313.
— Fortschritte in der Ekzembehandlung 525.
— Vorstellung von Resultaten der Eisenlichtbehandlung bei Alopecia areata 624.
— 25. 26. 123. 124. 425. 575. 642. 643.
Kromosowaredjo 239.
Krompecher 384. 612.
Kronfeld 374. 379.
Krukenberg 156.
Krystalowicz 43.
Kühn 557.
Kühnlein, Syphilis hereditaria 115.
Kurella, Juckende Eruption 604.
Küsel, Podagra cutis 125.
— Tuberculosis verrucosa 125.
Küster 208. 209.
— und Hofmann, Bakteriologie der Noma 577.
Kutner, Zur Behandlung der unfreiwilligen Harnentleerung 671.
Küttner 419.
Kynsey 259. 262. 276.

Labbe, Marcel und Henri Labbé, Die Harnbestandteile 572.
Labusquière, Ophthalmia neonatorum 41.
Lafourcade, Intensive Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Quecksilberjodid 524.
Lagriffoul, Das Leukocytenverhältnis bei Variola und Varicellen; die Bedeutung desselben für die frühzeitige Diagnose der Pocken 364.
Lailler 586. 588. 594.
Lallemana 37.
Lambinet, Durchdringen der Larven des Ankylostoma duodenale durch die Haut 667.
Lambotte 132. 475.
Lancéreaux, Klinische Studie über die Pathogenese und die Semiotik der Albuminurie 572.
— 662.
Landouzi 72. 448.
Lancien 282.

Digitized by Google

Landsteiner, Syphilisimpfung am Affen 397.
— und Donath, Paroxysmale Hämoglobinurie 225.
Lang, Die Heilstätte für Lupuskranke in Wien 104.
— Holzphlegmone 154.
— 62. 144. 180. 315. 461. 530. 579. 580. 581. 582. 603.
Langhans 177. 400. 569.
Lannelongue 129. 288.
Lannois 509.
Laqueur, Behandlung der blennorrhoischen Gelenkerkrankungen mit der Bierschen Stauungshyperämie 230.
Larrand 533.
Larnelle 323.
Larson, Blennorrhoische Entzündung des Sternoclaviculargelenks 230.
Lask 508.
Lassar, Finsenbehandlung 27.
— 27. 525. 537. 447. 650.
Lassar-Cohn, Praxis der Harnanalyse 611.
Latte, Multiple neurotische Hautgangrän 70.
Lavergne 506.
Lebram, Schicksal von Haaren bei Bildung von Hautnarben 333.
— 392. 393.
Lebret, Zwei Fälle, bei denen graues Öl in bedeutenden Mengen gleichzeitig eingeführt wurde 478.
Lederer 283.
Ledermann, Vibrationsmassage zur Ausführung von Schmierkuren 145.
— Psoriasis mit Leukoderma am Halse 394.
— Tertiäre Geschwüre 394.
— 93. 469.
Leger 85.
Legrain, Über Trauma und Gumma syphiliticum 661.
— 559.
Lemaitre 603.
Lenard 338.
Lengefeld, Vasenol 651.
Lenglet, Brocq und Ayrignac, Untersuchungen über die Alopecia atrophicans, Varietas pseudopeladica 500. 570.
— 608.
Leichtenstern 586. 594.
Lehmann, Idiopathische Hautatrophie 627.
Leidenfrost 219.
Leiner, Pigmentanomalien 398.
— 396. 397.
Leistikow 120. 174.
Leloir 417. 430. 478.
Leopold, Herpes zoster ophthalmicus 354.
— 41.
Leredde, Heilbarkeit der Tabes 132.
— Dermatologischer Unterricht und die Praxis in Frankreich und Deutschland 133.
— Pityriasis, seborrhoisches Ekzem und Seborrhoide 292.
— Behandlung des Hautepithelioms 471.
— Salbenverband in der Dermatologie 472.
— Gefährlichkeit der Salben bei den Hautkrankheiten 472.
— Behandlung der Epitheliome der Haut 583.
— Epitheliombehandlung mit Arsenik 573.
— 143. 382. 383. 385. 388. 429. 430. 431. 436. 437. 438. 501. 506. 508. 574. 608. 610.
Lesser, Pityriasis lichenoides chronica 25.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte 99.
— Finsendenkmal 277.
— Syphilis 277.
— Sarcoide Geschwülste 279.
— 25. 26. 123. 124. 352. 392. 399. 423. 426. 454. 455. 478. 480. 481. 514. 562. 674.
Lefur 35.
Leuchs, Zellen des menschlichen Eiters und einiger seröser Exsudate. Studien über Färbungen mit dem May-Grünwaldschen Farbstoff 49.
Levi 174.
Lévy-Bing und Barthélemy, Intravenöse Injektionen von Quecksilbersalzen bei der Behandlung der Syphilis 476.
— Vorlesungen über Syphilis und die Poliklinik Gauchers 654.
— Syphilitischer Schanker der rechten vulvovaginalen Drüse 657.
Levy-Dorn, Cancroid auf lupöser Grundlage bei starkem Diabetes, behandelt mit Röntgenstrahlen 158.
Lewandowsky, Lichen spinulosus 402.
— 473.
Lewin, Psoriasis erosa 600.
— 459. 535.
Lewitt, Helmitol 169.
Lewontin, Artifizielle Hautgangrän bei Hysterischen 353.
Lichtenberger, Behandlung des Ulcus cruris mit besonderer Berücksichtigung der Crurintherapie 622.
Lichtenstern, Metaplasie des Harnblasenepithels 207.
Lie, Lepra im Rückenmark und den peripheren Nerven 195. 399.
— Therapie der Lepra 415.
Lieberthal 164.
Lille 106.
Linneborn, Ein Beitrag zur Syphilis des Herzens 520.

Digitized by Google

Linser, Histologie der Röntgenwirkung auf die normale menschliche Haut 329.
— und Baermann, Lokale und allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen 57.
— Chirurgische Behandlung und Histologie der Röntgenstrahlen 69.
Lion 7. 8. 20. 28.
Lipman-Wulf 117. 124. 278.
Lipschütz, Cutane Darreichung von Jodpräparaten 647.
— Percutane Einverleibung von Jodpräparaten bei Syphilis 118.
Lisle, Serumtherapie der Syphilis 483.
Lissauer, Statistik der tertiären Syphilis 142.
— Rhinosklerom in Deutschland 531.
Lissjanski, Behandlung der impermeablen Harnröhrenstrikturen 33.
Lister 581.
Little, Lepra in Jamaika 94.
Littré 130.
Liveing 508.
Lloyd, Intranasale Reizung als Ursache der Rosacea 531.
Lobo 259.
Lockwood, Klinischer Vortrag über Frühdiagnose von Blasentumoren 208.
— und Andrewes, Ein mit dem Sclavoschen Serum erfolgreich behandelter Fall von Anthrax der Haut 579.
Lodholz, Die Haut; eine Studie über deren Elastizität 48.
Loeb, Fritz, Referate 50. 51. 56. 63. 67. 69. 70. 71. 72. 79. 105. 106. 108. 109. 110. 112. 115. 116. 117. 141. 142. 147. 151. 153. 154. 155. 158. 160. 161. 163. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 172. 173. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 218. 219. 222. 225. 227. 228. 233. 285. 329. 333. 341. 345. 348. 350. 352. 353. 354. 356 360. 363. 410. 417. 418. 419. 420. 421. 424. 425. 480. 481. 482. 511. 513. 515. 516. 517. 518. 520. 521. 522. 524. 525. 526. 527. 528. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 562. 578. 580. 581. 583. 584. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 621. 623. 624. 625. 626. 627. 665. 668. 669. 671. 673. 674. 675. 676.
—, H., Circumcision und Syphilisprophylaxe 35.
— Quecksilberabgabe der Mercolintschürzen 200.
—, Leo, Charakter der Chromatophoren 49.
—, R., Anwendung der Silberpräparate bei der Blennorrhoe 317.
Löffler, Melanosarkombildung beim Menschen und beim Pferde 613.
— 41. 365. 536.
Loewald, Referate 49. 54. 59. 62. 63. 64. 68. 73. 78. 79. 108. 116. 138. 141. 143. 145. 158. 164. 167. 168. 169. 170. 205. 219. 230. 279. 288. 330. 331. 333. 337. 338. 340. 341. 342. 347. 349. 350. 352. 356. 359. 362. 364. 414. 415. 416. 421. 426. 473. 500. 520. 523. 528. 531. 532. 534. 535. 567. 606. 608. 614. 625. 626. 667. 673.
Lohrisch 596.
Lomer, Urethralfremdkörper und Strangulation des Penis 675.
Looss 667.
Lortet 126. 337.
Losere 510.
Lombroso 533.
Löser, Ätiologie des Lupus erythematodes 626.
Löwenbach 45. 193.
Löwenstein 395.
Lubarsch 328. 594.
Lubowski, Interne Behandlung der Blennorrhoe unter besonderer Berücksichtigung des Gonosan 232.
Lucatello, Zur frühzeitigen Diagnose der Pellagra 346.
Luczycki, Syphilis des Pons varoli 111.
Lucke, Wert der Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe 88.
Lücke 386. 390.
Ludwig, Therapie der Leukoplakia urethralis 172.
— 172.
Lutati, Experimentelle Alopecie nach Anwendung von Thalliumacetat 610.
Luys, Betrachtung über die Methode intravesikaler Trennung des Urins der beiden Nieren 322.
— 132. 475.
Luzzatti, Paralysis agitans und Sklerodermie 166. 665.
Lydston, Syphilis bei einem sechsjährigen Knaben, durch Coitus entstanden 107.
Lynch-Suva, Filaria bei den Fidschi-Insulanern 668.

McClintock, Bemerkungen über Vaccine 78.
McDonnel, Haarausfall 619.
Macholt, Letal verlaufendes Ekzema impetiginosum 147.
Macinthyre, Elektrotherapeutische Arbeiten 64.
Mackenzie 222.
Mac Leod, Therapeutischer Wert des Radiums und Thoriums 60.
— 146. 259. 266. 276. 429. 430. 431. 438.
Macphail, Ätiologie der Varicocele 213.
Maggregor 276.
Magitot und Mauclaire, Bluterguſs in einen ektopischen Hoden 470.
Magrath, Pathologie und Ätiologie der Variola und Vaccinia 99.
Majewski 229.

Digitized by Google

Majocchi, Purpura annularis teleangiektodes 347.
Malard, Aktinomykotische Panaritien; Aktinomykose der Finger 534.
Malaussène, Epitheliom der Urethra des Mannes 675.
Malfatti, Nachweis von Milchzucker im Harn 466.
Malpighi 176. 329. 537. 538. 539. 540. 660.
Mälchers, Sklerodermie und Sklerodaktylie 665.
Malherbe, Granulosis rubra der Nase 503.
Malinowski, R., Teleangiektasiae essentiales en groupes 603.
— Narben nach Hydroa vacciniformis 603.
— Erythema papulo-vesiculosum 603. 604.
— Dermatitis atrophicans (Atrophia cutis idiopathica) 604.
— Trophoneurosis cutis 604.
— 603.
Malthus 319.
Mammelis, Syphilis des Mediastinums 109.
Manec 299. 300.
Mangelsdorf 419.
Mankiewitz, Paraurethrales Fibrom mit Einschlufs einer Cyste (Cylinderepithel) 32.
— 466.
Mann 436.
Manson 241. 248. 249. 254. 261.
Mantelin, Warzen 161.
Mantoux 140.
Marchand 297. 298.
Marcus, Mit Melanosarkom und Leukosarkom kombinierter Pigmentnaevus 161.
— Gangränöse Genitalgeschwüre 459.
Marcuse, Darf der Arzt zum aufserehelichen Geschlechtsverkehr raten? 36. 37. 46.
— Ulcero-krustöses Syphilid im Gesicht 277.
— Syphilitische Phlebitis 278.
— Ausgebildeter Kollateralkreislauf der Thoraco-Abdominalvenen 278.
— Framboesiformes Syphilid auf der Stirn 278.
— Naturgeschichte der Onanie 318.
— Hypertrichosis sacralis 670.
— 287.
Marfan, Chronisches angeborenes Schnaufen infolge von Hyperthrophie des Thymus nach Syphilis hereditaria 660.
Margulies, Frage des Priapismus 171.
— Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen 202.
Mariani und Antonini, Serotherapie der Pellagra 346.
v. Marschalkó 7. 8. 20. 201. 293. 429. 432. 437. 585.
Martial 471. 472.
Martin 85. 249. 255. 272. 276.
Martschke, Carcinom auf der Basis von Lupus und Geschwüren 584.
Marullo 382. 383. 390.
Marvin 513.
Marzynowski, Ätiologie des Orientgeschwürs 456.
Massaglio, Fingeraktinomykose 534.
Massary, Aortitis, Tabes und allgemeine Paralyse 659.
Matthes 6.
Matzenauer, Ulcus chronicum elephantiasticum 227.
— Vererbung der Syphilis 512.
— 152. 205. 459. 514. 669.
Mauclaire, Cunéo und Magitot, Bluterguſs in einen ektopischen Hoden 470.
Maurer 270.
Mauriac 20.
Maxwell 242. 255.
May 49.
Mayeda, Lidcarcinom 612.
Mayer, Elephantiastische Oberextremität 200.
— Knötchenförmiger Lichen planus auf der Mundschleimhaut 394.
— Thrombose der Arteriae fossae Sylvii im Frühstadium der Syphilis 480.
— Histologische Untersuchung über Miliaria crystallina 616.
— 533. 643.
Mearns, Spontane Hautgangrän bei einer hysterischen Patientin 353.
Megnini 149.
*Meirowsky, Wirkung des Finsenlichtes auf Tätowierungen 599.
Meissner, Urethroskopie 172.
— Abolitionismus und Hygiene 319.
Meitner 643.
Melun, Einfluſs des Gonosans auf die Blennorrhoe 316.
Mendler, Syphilitische Meningomyelitis. 112.
Méneau, Pemphigus der Schleimhäute 406.
Ménétrier 379. 382. 383. 389.
Menière 123.
Mensinga 606.
Mercier 324.
Merk, Leukoplakia cutanea 147.
— Multiple Neurofibromatose (Fibromata mollusca) 199.
Merkel, Holzphlegmone 530.
Méry, Behandlung der Masern und der Bronchopneumonie 361.
Metscherski, Lupus erythematodes und Dermatitis papillaris capillitii 125.
— Pityriasis rubra 455.
— Pathologische Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii 603.

Metscherski, Idiopathische propressive Hautatrophie und ihre Beziehungen zur Sklerodermie 627.
— 125. 126.
Metzner, Beziehungen zwischen Rhodanausscheidung im Speichel und der Syphilisinfektion 106.
Meyer, Bisher nicht genügend gewürdigte Ursache für das Zustandekommen entzündlicher Vorgänge, insbesondere der Haut 52.
— 594. 642.
Meyerhof, Geschichte des Coecal-Condoms 287.
— **Neustätter** und **Bernhard**, Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 451.
*__Mibelli__, Neue Formel zur Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit Oleum cadinum und Anthrasol 119.
— Die Epitheliome und ihre Behandlung 295.
— 295. 300. 309. 439. 443. 463. 492. 573. 643.
Michalski, Untersuchungen über Syphilis placentae 516.
Michelsen, Kasuistik der Carcinombildung auf Lupus erythematosus 650.
Michelson 26.
Miculicz 198.
Migliorini, Untersuchungen über die weichen Naevi und die Pigmenttumoren 294.
— Perivaskuläres Myom der Haut (Angiomyom) 610.
Meillère, Technik der Mengenbestimmung des Harnstoffes 322.
Miquel 90.
Millard 75. 363.
Miller, Syphilitische Nebenhodenentzündung 481.
— 644.
Mills, Differentialdiagnose zwischen multiplen bezw solitären Hirntumoren und diffuser intrakranieller Syphilis 110.
Milton, Behandlung großer Blasensteine mittels Lithotripsie in Ägypten 210.
Minod 448.
Moberg, R., Trichophytie der Nägel 458.
— Alopecia areata 460.
— Papulo-nekrotische Tuberkulide 460.
— Lichen scrophulosorum 460.
— 457.
Moleen, Rekurrierender perinephritischer Absceß von 26jähriger Dauer und das klinische Bild des Morbus Addisonii zeigend 617.
Moll, Sexuelle Zwischenstufen 670.
Möller, Lichtbehandlung im Krankenhause zu St. Göran 340.
Möller, Erythromelalgie 457. 459.
— Mykosis fungoides 457.
— Lichen planus 457.
— Arthropathia psoriatica 457.
— 419. 429. 438. 460. 601. 645.
Monie, Narbige Verengerung der Urethra eines fünfjährigen Kindes infolge Varicellen. Urethrotomia interna. Heilung 572.
Monnard 606.
Montgomery 83.
Mousseaux 121.
Montagard 364.
Monti 384.
Moore, Behandlung der Prostata 324.
Moormeister, Gangraena cutis multiplex neurotica 153.
Moran, Prostatismus ohne Prostata 98.
Moravcsik 4.
Morris, Behandlung einiger Hautaffektionen mit dem Finsenschen Lichtapparat 341.
— Angioneurotisches Ödem 343.
— 508.
Morton, Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen 59.
— 508.
Moser 359.
Moses, Extragenitale Syphilisinfektion 424.
Moty 54.
Motz 129.
Mozonrelli, Gangrän des Skrotums 578.
Mraček, Syphilis der Mütter und der Neugeborenen 107.
— Pemphigus circinatus 462.
— Pemphigus serpiginosus 462—463.
— Handbuch der Hautkrankheiten 506.
— 110. 146. 391. 395. 397. 398. 462. 574.
Mühsam, Röntgendermatitis 350.
Muir, Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Maserndiagnose 361.
Mulert, Die Windpocken bei Erwachsenen 362.
Müller, Kasuistik der kongenitalen Onychogryphosis 624.
— Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen 56.
— 213. 229.
— **Julius**, Peliosis rheumatica 348.
— C., Pityriasis versicolor und Microsporon furfur 669.
— Charles, Referate 43. 140. 141. 148. 149. 152. 153. 155. 156. 160. 161. 166. 167. 171. 208. 222. 224. 295. 329. 330. 342. 343. 346. 347. 348. 355. 414. 417. 421. 481. 483. 526. 533. 562. 609. 611. 613. 617. 624. 665.
— 123. 309.
Müllerheim 35.
Müllern-Aspegren, Sekundärluetische Nagelveränderungen 460.

Müllern - Aspegren, Symmetrische Nagelaffektion 460.
— Behandlung der Uterusblennorrhoe mit Lygosinnatrium 461.
— Ulcus gangraenosum penis 460.
Mundorff, Hartnäckige Phosphat-Diathese, geheilt durch systematische Dehnung des hinteren Teiles der Harnröhre 226.
— Hufeisenniere 326.
Munn 514.
Munsch, Spontane circumskripte Hautgangrän 536.
Mya, Differentialdiagnose zwischen den Erythemen infolge von Seruminjektionen und den infektiösen Exanthemen 345.

Nagel 84.
Nasarow, Behandlung des Scharlachs 358.
Nash, Notizen über die Rotlichtbehandlung bei Pocken 410.
Neeb 237. 242. 247. 248. 250. 252. 253. 255. 257. 258. 259. 260. 277.
Neels 442.
Nelaton 172.
Neish 94. 95.
Neisser, Albert, Meine Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen 138.
— Antwort auf Rhodens offenen Brief 280.
— 9. 26. 69. 185. 201. 231. 232. 284. 285. 317. 342. 348. 378. 445. 447. 448. 450. 451. 452. 454. 478. 482. 522. 592. 594. 664.
— Flesch und Bernstein, Ärztliches Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheiten 450—451.
— u. Siebert, Verwendung der Kalomelölsalbe zu antisyphilitischen Schmierkuren 483.
Nékám 4. 389.
Neumann, J., Durch Scharlach geheilte Icthhyosis 396.
— Herpes zoster frontalis 396.
— Extragenitaler syphilitischer Primäraffekt und das venerische Geschwür in ihrer klinischen und volkshygienischen Bedeutung 423.
— Malum perforans bei Lepra und Endarteriitis luetica 462.
— Über die auf den altperuanischen keramischen Tonfiguren und anthropomorphen Gefäßen dargestellten Hautveränderungen und -Defekte mit besonderer Rücksicht auf das Alter der Syphilis und anderer Dermatosen in Amerika 509.
— Präkolumbianische Knochenfunde im Hinblick auf die Frage über die Provenienz und das Alter der Syphilis 509.
Neumann, J., Syphilis der Trachea und der Bronchien 517.
— Lymphangiom mit temporärer Chylorrhoe 615.
— 7. 20. 105. 395. 397. 398. 462. 570. 601.
Neustätter, Bernhard, und Meyerhof, Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 451. 563.
Nicolle, Experimentelle Erzeugung der Lepra beim Affen 573. 605.
Nicholls 242, 249, 252, 254, 255, 259, 261. 262.
Nielsen 585.
Nitze, Der Harnleiter-Okklusivkatheter 566.
Nobl, G., Pathologie der Tuberkulide im Kindesalter 92.
— Diagnostische Bedeutung der Cerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis und den parasyphilitischen Affektionen 138.
— Klinische, anatomische und experimentelle Grenzbestimmung lupöser Hautläsionen 198. 402.
— Lupus disseminatus 395.
— Familiäres Auftreten von Ichthyosis 396.
— Koilonychia 397.
— Tuberkulöse Ulzerationen 397.
— Lues hereditaria tarda 462.
— Urticaria xanthelasmoidea 650.
— Gumma 396.
Nonne, Gegenwärtiger Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica, Stellung zur Syringomyelie 204.
Notnagel 593.
Nottbeck, Projekt eines Impfreglements für Jerwen 78.
Notthafft, Taschenbuch der Untersuchungsmethoden und Therapie für Dermatologen und Urologen 295.
Nowak, Septische Exantheme 403.

Oberländer, Pachydermie 318.
— 466.
Oberst 170.
Odriozola 267.
*Oefele, Kotanalysen bei Dermatosen 595.
Ohmann-Dumesnil, Bietts Collarette und das Satelliten-Syphilid 139.
— Syphilis vortäuschende Hautaffektion 529.
Okamura 165. 510.
Ollier 510.
Oliver, Skizze der äußeren Erscheinungen bei kongenital-syphilitischer Uveitis 116.

Digitized by Google

Oltramare, Zweimalige Infektion mit Syphilis 503.
Opatiezki, Wert des Hermophenyls bei Syphilis 118.
Oppenheim, Lupus erythematosus 397.
— Anetodermia 463.
— Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach Holländer und eine Erklärung für diese Therapie 627.
— 373. 379.
— und Freund, Bleibende Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlungen 68.
Oppenheimer 383.
Orlipski, Wertung der Anamnese in der Syphilis-Diagnose 34.
— Beiträge zur Syphilistherapie 319.
Orlow 126. 127. 455. 456.
Oro 392.
Osler, Die chirurgische Seite der visceralen Krisen bei der Erythemgruppe der Hautkrankheiten 66.
Ostertag 594.
Ostwald 296.
Owtschinnikow, Angeborener Nierenmangel 467.

Paget 37. 471.
Pachmayer, Subcutane Blasenrupturen und deren Behandlung 208.
Pacyner, Beobachtung über den therapeutischen Wert des Thigenols 65.
Paege, Harnröhrenchirurgie. 1. Harnröhrenresektion bei polypösem Sarkom der Pars bulbosa. 2. Harnröhrendegeneration nach Defekten im Gefolge von Strikturen 675.
Paramore, Epitheliom des Penis im Verein mit Leukoplakie 673.
Paisseau und Achard, Kochsalzarme Diät 475.
Panwast, Behandlung der Keloide mit Röntgenstrahlen 160.
Pappa, Pathogenese der Dermoidcysten des Ovariums und des Hodens 289.
— Fremdkörper in der Blase 290.
Pappenheim 174. 262. 263. 432. 433. 434. 438. 594.
Pappritz, Kampf gegen die Prostitution in New York 34.
— 450.
Paracelsus 422.
Parent-Duchatelet 558.
Parkinson 166.
Parrot 481. 510. 521. 600.
Paschkis, Eigenartige kongenitale Harnröhrenfistel 675.
*Pasini, Kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids auf die epithelialen Gewebe 299.
*Pasini, Neue und einfache Methode zur Demonstration der Epithelfasern in der Haut 492.
— Disseminierte Hautgangrän syphilitischen Ursprungs 294.
Paterson, Infektion einer komplizierten Fraktur mit Anthrax 152.
Paulet 259.
Paulin, Numerisches Verhältnis der weifsen Blutkörperchen bei Syphilitischen während der Quecksilberperiode 117.
Paulus, Elephantiasis arabum 533.
— 562.
Pautrier 429. 430. 431. 436. 437. 438. 594.
Pavlekovic, de, Besteht ein anatomisches Unterscheidungsmerkmal zwischen Gehirnsyphilis und zwischen allgemeiner Paralyse? 141.
Pawloff 447.
Payenneville, Lingua scrotalis als familiale Erscheinung 500.
Payot, Beiträge zur Kenntnis der Sklerodermie 628.
Pearson 508. 603.
Pedaglia 533.
Pelagatti, Adenoma sebaceum; Sektionsbefund 129.
— Veränderungen des Knochenmarks in einem Falle von Pemphigus 573. 610.
— 120. 382. 385. 390. 586. 588. 594.
Pelissier, Lokalisation des Primäraffektes auf der Conjunctiva Bulbi 515.
Pellizzari 458.
Penzoldt, Quecksilberjodid-Jodkaliumlösung bei Syphilis 524.
Peisert, Herpes zoster recidivus 71.
Perkowski 603.
Pernet, Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Hautaffektionen einschliefslich der Tropenkrankheiten 576.
Pérot, Syphilis des Arztes 657.
Perrin, Spätsymptome bei konzeptioneller Syphilis 289.
Pertik 315.
Perthes, Versuch einer Bestimmung der Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen mit Rücksicht auf die Bedeutung der Durchlässigkeit der Gewebe für die Radiotherapie 58.
Pescione 476.
Peters 69.
Peyer, Priapismus nocturnus chronicus 171.
Pezzoli 382. 383.
Pfluger, Neubildungen der Blase; Carcinom mit Verblutungstod 208.
Pfahler, X-Strahlentherapie bei Hautkrankheiten 337.
Pfeiffer 152. 398. 487.
Philip, Turbanverband 484.

Digitized by Google

Philip. Heftpflasterverbände bei Ulcus cruris 622.
Philippi, Arthur, Referate 38. 42. 66. 67. 70. 73. 75. 76. 77. 79. 80. 86. 99. 100. 102. 108. 109. 116. 152. 154. 157. 160. 165. 172. 173. 203. 206. 208. 210. 212. 220. 225. 290. 296. 297. 319. 323. 341. 343. 346. 347. 348. 352. 353. 355. 357. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 406. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 421. 469. 479. 483. 502. 509. 511. 528. 531. 536. 578. 579. 583. 607. 609. 616. 624. 628. 666. 668. 670. 673.
Philippson 29. 103. 104. 343. 586. 587. 588. 594. 613.
Pick, Zur Kenntnis der Akne teleangiektodes (Acnitis) 29.
— Persistierende Form des Erythema nodosum 194.
— 29. 83.
— und Asahi, Eosin-Lichtbehandlung 63.
Picker, Der Pneumococcus als Krankheitserreger in den Harn- und Geschlechtsorganen 567.
Pierez 259.
Piffard 328.
Pilnow 429. 431. 436. 438.
Pilcz, Die periodischen Psychosen 404.
Pini, Rhinosklerom 151.
Pinkus, Alopecia areata 125.
— Keratoma hereditarium. Haare mit einer Spindel 601.
— Lichen planus zoniformis 569.
— Referate 24. 123. 393. 600. 613.
Piorkowski 202.
— Vorläufige Mitteilung über Syphilisimpfung auf Pferde 424.
Pisko, Allgemeinbehandlung bei Hautkrankheiten 56.
Pitha 390.
Pitt, Coma bei Masern beim Erwachsenen 360.
Planche 603.
Platter, Eigentümliche Schweifsabsonderung 667.
Plaut 330. 644.
Poli, Aufserordentlich stark entwickeltes Rhinophyma 152.
Pollak, Hospitalbrand auf dem Boden eines Ulcus cruris 152.
— 113.
Polland, Therapeutische Versuche mit Radium und sensibilisierender Substanz 338.
— und Kreibich, Refraktometrische Untersuchung exsudativer Dermatosen 648.
Pollio und Hirschfeld, Resorption von Jod aus Jodkaliumsalben 28.
Pollitzer, Referate 395. 461.
— 382 383. 390. 631.
Pollock, Syphilisbehandlung auf dem Kontinent 288.
Polverini, Intercellularbrücken im Rete Malpighii der menschlichen Haut 329.
Poncet 33. 96. 97.
Pond, Gastro-intestinale Anfälle bei Erythema exsudativum, Appendicitis vortäuschend 72.
Pontoppidan 241. 242. 277. 585.
*Poòr, Beiträge zur Klinik und Anatomie des sogenannten Adenoma sebaceum 379.
— Linienförmige Narben bei der hereditären Syphilis 568.
Porosz, Urethritis non gonococcica und ihre Komplikationen 200.
— Folgen der Onanie 468. 606.
— 47.
Portucalis, Beziehungen des Schankers zu der Schwere der Syphilis 207.
Pospelow, Dermatitis und Haarausfall nach Röntgenbestrahlung 126.
— Perlèche oder Bridon (Angulus infectiosus) 602.
— 125. 126. 127. 456. 457. 602. 627.
Pospischill, Neues, als selbständig erkanntes akutes Exanthem 73.
Posner 467.
Powell 35.
Power, Carr und Johnson, Aktinomykosis der Haut bei Kindern 153.
Prätorius 505.
Preobrashenski, Bedeutung der Syphilis für die Ätiologie der Tabes. Tabes im kindlichen Alter 115.
Pringle 379. 382. 383. 385. 387. 390. 508. 534.
Prochownik, Widerstands- und Lebensfähigkeit epithelialer Zellen 328.
Proksch, Beitrag zur Geschichte der Syphilis 421.
— 197.
Provarzek 540.
Purslow, Urinverhaltung infolge von Kompression durch ein Uterusfibroid im Alter von 25 Jahren 209.
Puscy, Radium und seine therapeutischen Möglichkeiten 61.
Pusey 164.
Putzler, Referate 65. 110. 115. 117. 150. 156. 214. 222. 224. 233. 333. 342. 345. 346. 360. 416. 518. 523. 581. 583. 619.

Quenstadt, Lupusbehandlung 421.
Quidde 454. 455.
Quincke 343.
Quinion 98.
Quinquaud 206. 570.

Rabinowitsch, Vorkommen der Pocken im Kanton Zürich im 19. Jahrhundert 363.
— 570.

Rabl 574. 575.
Radaeli, Zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum der Haut 613.
Rahn, Arthur, Referate 48. 52. 61. 64. 66. 68. 71. 74. 80. 104. 106. 107. 109. 111. 117. 145. 147. 153. 159. 163. 165. 207. 220. 227. 229. 334. 335. 339. 358. 366. 411. 420. 427. 510. 511. 515. 525. 527. 529. 535. 580. 617. 622. 623. 627. 663. 667. 674. 675. 676.
Ramognini und Sacerdote, Papillomatöse Hauttuberkulose in der Analgegend 417.
Randow, Einfluſs der Schutzpockenimpfung auf Schwangerschaft, Wöchnerinnen, Neugeborenen und Kranken 411.
Ranvier 329.
Raschkow, Kombination von Psychose und Hautkrankheit 404.
Ráskai, Untersuchungen über die Ätiologie der Cystitis 315.
Rasmussen, Neutrale Seifen 334.
Rat 242. 243. 249. 255. 256. 257. 258. 259. 260 277.
Ratmann 237. 253.
*Rau, Angiokeratom 439.
Rauber 84.
Rauch, Zwei Fälle von Wangencarcinom auf Grund von Leukoplakia buccalis 584.
Rausch, Referate 47. 137. 216. 330. 344. 350. 361. 362. 409. 413. 414. 424. 482. 513. 524. 529. 530. 579. 582. 616. 667. 671. 672.
Ravasini und Hirsch, Das Jothion, ein neues Jodpräparat zur percutanen Applikation 647.
Ravaut, Verhalten des Liquor cerebrospinalis während der tertiären Syphilis 288.
Ravogli, Behandlung der kongenitalen Syphilis im Kindesalter 143.
— Oeffentliche Prophylaxe der Syphilis und venerischen Krankheiten 331.
— 53. 73.
Raymond, Doppelseitige Facialislähmung, Syphilis und schwere Hysterie 140.
— Zwei Fälle von Lepra nervosa 414.
— Klinische Studie über einige Formen der Tabes 659.
— Syphilis und Paralyse 661.
— 206. 347. 603. 665.
Recklinghausen 199.
Reclus 530.
Rees 262.
Rehbock, Kasuistik der Tuberkulose der weiblichen Genitalien 227.
Reichel, Lehre von den strichförmigen Dermatosen 55.
Reichert 438. 538. 594.
Reimer, Bedeutung der Albuminurie im Kindesalter 220.
Reiniger 467.
Reiske, Hartes traumatisches Ödem des Handrückens 343.
Reliquet 214.
Rénon, Chlorverbindungen und Ödeme 343.
— Subcutanes Emphysem bei der chronischen Tuberkulose 669.
Renvers, Syphilis des Zirkulationsapparates 426.
Reschetillo, Epitheliome durch Röntgenstrahlen zum Schwinden gebracht 125.
— Epithelialkrebs behandelt mit Röntgenstrahlen 602.
— 126.
Retzius, Die sogenannten Tastballen an den Händen und Füſsen des Menschen 328.
Reyn 126. 432.
Ribbert 297.
Ribbing 37.
Rice, Ursache und Behandlung der Lepra 326.
Richmond, Impfung und Gesetz 77.
— Scharlachrezidiv 355.
Richter, Primäraffekt auf der Unterlippe und Wangenhaut 24.
— 24. 201. 277.
—, Ed. 285.
—, Fritz, Kasuistik der Sarkome der Samenstranghüllen 212.
—, Guido, Ein Fall von centraler Neurofibromatose mit multiplen Neurofibromen der Haut 615.
—, Paul, Entwicklung der Dermatologie in Berlin 47.
*—, Wilhelm, Jodipin in der Behandlung der Prostatitis 496.
Rickets 409.
— und Byles, Rotlichtbehandlung bei Pocken 77. 366.
Ricord 105. 408. 522. 524. 657.
Riebold, Zur Kenntnis der Anthrakose der bronchialen Lymphdrüsen und der Haut 669.
Riedel, Über die Behandlung des Panaritium 531.
— 621.
Riegner, Hetralin, ein neues Hexamethylentetraminderivat 170.
Riehl, Zur Kenntnis des Herpes zoster bei krupöser Pneumonie 70.
— 194. 198. 395.
Rieke, Lichen ruber 506.
— 165.
Ries 454.
Rille, Demonstration eines Falles von Pityriasis lichenoides chronica 145.
— Phimosis acquisita 673.
— 394. 508. 534.
Risso und Cipollina, Unsere Resultate mit der Serotherapie bei Syphilis 4.
Rist 624.

Digitized by Google

Ritscher, Scharlachabscesse auf der Hand; Aneurysma arterio-venosum spurium carotidis et jugularis 356.
Rhoden, Offener Brief an Neisser 280.
Roberts, Nichtparasitäre Hautreaktionen 38.
Robertson 19. 657. 659.
Robin, Interne Behandlung der Hämorrhoiden 619.
Robinson 146. 508.
Rocher, Lichen ruber verrucosus 123.
Roger 365. 570.
Rohleder, Neomalthusianismus 319. 468. 606.
— 37.
Rohrer, Feuchtwarzen, deren Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie 616.
Rolando, Auskratzung der Harnblase 208.
Rolleston, Morbilli sine morbillis; ein Fall mit Randbemerkungen 361.
Rolfe, Ein Fall von Variola mit ungewöhnlichem Verlaufe 365.
Rollet 510.
Rollmann 32.
Romanow, Über die Syphilis des Herzens 480.
Romberg 19. 659.
Römer, Arthur, Carcinom auf luetischem Boden 516.
—, Paul, Die Ehrlichsche Seitenkettentheorie und ihre Bedeutung für die medizinische Wissenschaft 503.
Róna, Pathogenese und Therapie des Lupus, mit Kranken-Demonstrationen 103.
— Zur Ätiologie und Pathogenese der Plaut-Vincentschen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangraenosa idiopathica bezw. der Noma, der Stomatitis mercurialis gangraenosa und des Lungengangräns 644.
— 56. 107. 459.
Ronaldson, Ein Fall von chronischer Cyanose mit Polycythämie und vergrößerter Milz 66.
Rondeau und Jacquet, Vernix caseosa Heredo-Seborrhoe und Akne foetalis 320.
Röntgen 24. 25. 26. 58. 60 61. 62. 63. 64. 68. 100. 125. 126. 146. 151. 157. 158. 159. 160. 163. 223. 325. 327. 328. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 341. 350. 351. 415. 416. 420. 442. 456 457. 459. 462. 467. 471. 527. 528. 577. 582. 583. 601. 602. 612. 668. 670 672. 676.
Roscher, Syphilis, Paraplegie der Beine 123.
— Menièresche Symptome, syphilitische Periostitis 123.
Rosenbach, Quecksilber als Heilmittel bei gewissen Formen der Lebererkrankung und Bemerkungen über die Diagnose der Lues ex juvantibus 117.
Rosenbach 426.
Rosenberger, Mehrere Fälle von chirurgischer Lues 424.
Rosenmöller 127.
Rosenstein, Physikalische Versuche zur Erklärung einer bisher nicht gewürdigten Gefahr der Bottinischen Operation 219.
Rosenthal, Oscar, Sklerodermie 25.
— Behandlung der Syphilis 143.
— Sarkoide Geschwülste 279
— 25. 26. 124. 125. 278. 393. 394. 423. 514. 527. 600.
Rossi, Akute Sublimatvergiftung, Nierenveränderungen 342.
Roth, Behaarte Menschen 127.
Rousseau, Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum und seiner Kontagiosität 535.
Roussel 40.
Roux 236. 241. 245. 259. 277.
Rovsing 316.
Röver, Nephritis syphilitica acuta praecox 518.
Rozières 82.
Rubner 37.
Ruff, Vorschlag zur Operation des Kryptorchismus 211.
Ruges 85.
Rumkorff 624.
Rumpf 163.
Rutherford, Ruptur der Harnröhre und kombinierte Drainage 172.
Rybka, Merkurielle Behandlung der Lues 117.

Saalfeld, Edmund 23. 25. 26. 84. 278.
Sabouraud, Pityriasis und die Schuppenalopecien 292.
— 25. 146. 148. 149. 320. 571. 611. 625. 636.
Sacerdote und Ramognini, Über einen Fall von papillomatöser Hauttuberkulose in der Analgegend 417.
Sachs, Lupus erythematosus discoides 397.
— Ulcera tuberculosa 397.
— Gummen 397.
— 22. 530. 650.
Sack, Arnold 122. 639. 642.
Suckler, Behandlung des Lupus vulgaris mit statischer Elektrizität 44.
Saenger 228. 284.
Sahti 221.
Saks, Verletzung der weiblichen Geschlechtsteile sine coitu 227.
Salicet 201.
Salkowski 601.

Digitized by Google

Salzwedel 650.
Sanders, Vergiftung mit Belladonnapflaster 341.
Sandman 461.
Santoliquido 448.
Santorini 327.
Sappi 243.
Saraceni, Endoarteriitis als Ursache der Purpura und der Hämorrhagien bei der Syphilis 43.
— Endoarteriitis obliterans 660.
Sarason 384.
Sasserath 404.
Saridja 243.
Saundby 447.
Saundry, Akuter Pemphigus 80.
— Ekzem durch Kaliumbichromat 80.
— Purpura orthostatica 80.
Saville 602.
Sawin, Morbidität der männlichen Bevölkerung Astrachans an Syphilis nach den Daten des städtischen Ambulatoriums für 1898—1902 510.
Schafranoff, Perineale Prostatektomie 218.
Schakhoff, Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane 227.
Schall 467.
Schamberg, Finsenlicht und Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Hautkrankheiten 337.
— Diagnose des Scharlachfiebers und scharlachartiger Affektionen 359.
— 61. 63. 164. 508.
Scharkewitsch-Scharskinski 126.
Schaudinn 668.
Scheiffele, Gallertkrebs der Brustdrüse 158.
Scheild, Riesenkonkrement in der Niere 219.
Schein, Behandlung des Condyloma acuminatum mit Erfrierung 616.
— und Knöpfelmacher, Impfung unter rotem Licht 411.
Scherber, Herpes tonsurans 463.
— Sklerose der Oberlippe 463.
— Ekzem en plaques 463.
— Naevus pigmentosus pilosus 463.
— Syphilide 463.
Scheven 454. 562.
Scheube 236. 250. 255. 256. 258. 269. 270. 272. 274. 277.
Schick, Urotropin und Scharlach-Nephritis 356.
Schiede 620.
Schiele, Mykosis fungoides mit mikroskopisch-anatomischem Befund von Ucke 533.
Schiff, Erfolge der Röntgentherapie 57.
— Resultat einer sechsstündigen Applikation einer Radiumkapsel von 55 mg 398.
Schifftan, Neue Injektionsspritze 395.
Schillinger, Weiterer Fall von Lidgangrän mit Diphtheriebazillenbefund 536.
Schillitoe 86.
Schilcher, Kasuistik der Periurethritis des Mannes 171.
Schimpff 121.
Schinkel, Umschneidung des harten Schankers 514.
Schlagenhaufer, Namentlich in der Haut sich ausbreitendes mucocelluläres Neugebilde, klinisch Myxödem vortäuschend 156.
Schlasberg, Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus 464.
Schleich 44. 163. 173. 314. 622. 623.
Schlesinger 165.
Schliep, Die in der chirurgischen Klinik zu München operierten Blasenpapillome 1890—1903 209.
Schlosberg 461.
Schmaler, Lues ventriculi 109.
Schmaltz, Zur Kenntnis der Herzstörungen bei Scharlach und ihre Folgen 357.
Schmauss 5.
Schmehl 314.
Schmid 606.
Schmidt, Carcinom durch Röntgenbestrahlungen geheilt 24.
— Angiom durch Anwendung der Radiumkapsel zum Verschwinden gebracht 24.
Schmidt, Gesichts-Lupus 25.
Schmidt-Rimpler 106.
Schmincke 530.
Schnabel, Beitrag zur Injektionstherapie der Syphilis 523.
Schneider 598. 643.
Schnelle, Röntgenbehandlung der Sykosis non parasitaria 527.
Scholz, Serumbehandlung des Scharlachs 359.
Scholtz, Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen 59.
— Indikationen der Behandlung mit Röntgenstrahlen in der Dermatologie 336.
Schöllhammer, Varicenbildung an den Bauchdecken 162.
Schön, Maligne Hodengeschwülste in den beiden ersten Lebensdezennien 210.
Schönfeld, Pseudohermaphroditismus masculinus externus 671.
Schönlein 347.
Schourp, Abortivbehandlung der Blennorrhoe mittels Albargins 319.
Schrader 83.
Schridde, Histologie des Rhinoskleroms 198.
Schröpfer, Luetische Affektionen der Papille und der Netzhaut 141.
v. Schrötter 518.

Digitized by Google

Schueller, Mehrere Fälle von Ichthyosis palmaris et plantaris (Keratoma palmare et plantare hereditarium 525.
— Hereditär-syphilitische Herderkrankungen bei Kindern und die Verbreitung der protozoischen Parasiten in demselben 311.
— Einwirkung der Röntgenbestrahlungen auf das Krebsgewebe und die darin enthaltenen Krebsparasiten 612.
— 277. 425.
Schüffner 274.
Schultz 299. 309.
Schultze, Wilh. 85. 635.
Schulz, Erysipelas gangraenosum penis et scroti 674.
Schulze, Bernhard, Referate 46. 47. 50. 54. 55. 56. 58. 59. 63. 65. 66. 69. 70. 76. 77. 102. 112. 128. 135. 151. 158. 163. 171. 172. 199. 200. 207. 230. 233. 297. 329. 336. 337. 341. 343. 351. 403. 407. 421. 422. 423. 425. 466. 478. 482. 483. 523. 532. 612. 624. 650. 652. 654. 662.
Schuppenhauer, Einige kritische Bemerkungen zur Behandlung der vermehrten lokalen Schweifsabsonderung 666.
Schürmann, Atypischer Lichen scrophulosorum 403.
Schuster, Blennorrhoische Arthritis 317.
Schütz 425.
Schwalbe 358.
Schwan 540.
Schwarz, Epithelioma papillare; Beitrag zur partiellen Spontanheilung epithelialer Tumoren 583.
— Neuer Verband bei Ulcus cruris (Ectoganverband) 622.
Schweninger 600.
Schwerdt, Ein Fall von circumskripter Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüse 664.
Schwienhorst, Kasuistik der Zungenaktinomykose 534.
Sclavo 579.
Secchi, Elephantiasis und elephantiastische Zustände 155.
— Weiteres über elephantiastische Zustände 156.
Sederholm, Naevus pigmentosus et pilaris 460.
— Pustulöse Hautkrankheiten 461.
— 457. 458. 459. 460.
Sedlbauer 173.
Seegall, Psoriasis durch Röntgenbestrahlungen geheilt, Rezidiv 601.
Seldin, Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere 58.
— 59.
*Selenew, Histologischer Fund in der Haut anscheinend ein neuer epidermoidaler Nerv? 537.
Selhorst, Radikale Heilung von Narbenstrikturen der Urethra mit der elektrolytischen Nadel 466.
Sellei und Detre, Hämagglutinationsuntersuchung bei Syphilitischen und Gesunden 192.
Senn, Pater Damian ein lepröser Heros 414.
— Lepra auf den Hawaii-Inseln 415.
Seubert, Über Spinalganglienerkrankung bei Herpes zoster 71.
Sevestre 586. 594. 633. 637.
Shaw, Primäres Epitheliom der Pinna auris mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen 156.
— Behandlung des Scharlachs mit Mosers Antistreptokokkenserum 359.
Sheen, Accidentelle Vaccination mit Vortäuschung von Anthrax 411.
Shiwult 127.
Shoemaker, Xanthoma 164.
Shukowski, Tödliche Blutung aus der Leber infolge hereditärer Lues bei einem Neugeborenen 514.
Siebert, F., Kritischer Beitrag zur sexuellen Moral 36.
Siebert und Neisser, Verwendung der Kalomelölsalbe zu antisyphilitischen Schmierkuren 483.
Siegel, Ätiologie der Syphilis 513.
— 277.
Siemmerling 521.
v. Sigmund 422.
Silber 36.
Silberstein, Verwendung des farblosen Teers Anthrasol 64.
— Anwendung des Arhovins als Antiblennorrhoicum 606.
Silex 568. 569.
Simanowski 562.
Simon, Primäre Purpura der kleinen Kinder 347.
— Entzündliches Papillom 617. 668.
Simonson 282. 283.
Sims und Southard, Kortikale Hämorrhagien nach Scharlachfieber 356.
Sinclair, Kontinuierliche Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hg salicylicum 144.
Sklarek, Tuberculosis verrucosa cutis 393.
— Lichen scrophulosorum 393.
— 642.
Skottowe 260.
Smith, Uncinariasis im südlichen Nordamerika, mit besonderer Berücksichtigung des Infektionsmodus 167.
— 277.
Sobierański 603.
Sokal, Zur Kenntnis des Gonosans 233.
Sokolow, Phalangitis gummosa 127.
— Vielfache Hautgeschwülste (Granulome) und Hutchinsonsche Zähne 456.

d by Google

Sokolow 126. 456.
Solari, Erysipelas und Carcinom 532.
Söllner, Beitrag zur Bakteriologie der Akne vulgaris 148.
— Systematisierte Lichenifikation, als Beitrag zur Kenntnis metamerischer Hautaffektionen 199.
Solon 201.
Sommer, Multiples, hämorrhagisches, idiopathisches Sarkom 159.
Somogyi 581.
*Sondermann, Saugtherapie bei Lupus 1.
Sotier, Beitrag zur Pathologie der Hautpigmentierungen 56.
Southam, Serie von 120 Blasensteinoperationen 210.
Southard, Variola und Vaccinia, ihre Pathologie und Ätiologie 99.
Southard und Sims, Kortikale Hämorrhagien nach Scharlachfieber 356.
Sowinski, Syphilisbacillus 106.
Speranski 602.
Sperk 558.
Spiegler, Nicht näher gekannte Affektion 396.
— Herpes zoster mit Knoten 396.
— Pemphigus 463.
— 462.
*Spiethoff, Pathologie des Lichen ruber planus diffusus 541.
— Ein eigenartig gruppiertes Ekzem 541.
*— Nachtrag zu dem Aufsatze: Zur Pathologie des Lichen ruber planus 598.
Spietschka 632. 669.
Spitzer, Rezidivierender Herpes zoster am Zeigefinger 200.
— Mächtige Papillome circa anum 396.
— Papulo-nekrotisches Tuberculid mit Scrophuloderma 462.
— Soor bei einem Tuberkulösen 462.
Sprecher, Ein neues Krätzmittel, das Peruol 147.
— Condylomata acuminata des Frenulum linguae 161.
— Verruca senilis 161.
Springer, Entwicklung von Hämangiomen im Anschluſs an das Ohrringestechen 160.
Spruw 270.
Spude, Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen 297.
Squire, Balmanno, Enelektrolyse, eine verbesserte Methode der Behandlung von Hypertrichiasis 670.
— 296.
Stachow, Wolff, Düring, Fabry, Hippe, Fürth, Bordelle und Bordellstraſsen 451. 545.
Stahl 349.
Stammwitz, Statistik der syphilitischen Augenerkrankungen 521.
Stanziale, Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse 140.
Stanziale, Pathologisch-anatomischer sowie klinischer Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen Syphilis und progressiver Paralyse 662.
Stcherbatchoff, Demodex folliculorum in den Ciliarfollikeln des Menschen 668.
Steengrafe 546.
Stein 374. 379.
Steiner, Primäraffekt auf dem Penis eines 5jährigen Knaben 107.
Stellwag 229.
Stelwagon 73. 146.
Stenbeck, Röntgendermatitis 459.
Stengel, Generalisierte Vaccine 79.
Stern, C., Unterricht über Geschlechtskrankheiten für Hebammen 330.
Stern, Max, Referate 34. 45. 57. 72. 73. 75. 76. 78. 101. 105. 140. 144. 145. 147. 160. 202. 216. 217. 226. 228. 232. 233. 234. 282. 317. 331. 332. 337. 360. 408. 414. 467. 484. 505. 514. 526. 530. 532. 568. 576. 577. 618. 620. 671. 672.
Stevenson, Karbolvergiftung bei einem Säugling 69.
Stiasny, Wirkung geringgradiger Kältetraumen auf granulierende Wunden 163.
Stieda 84. 85. 392.
Still, Nephritis als Komplikation von Skorbut bei Säuglingen 348.
— Syphilis infantium 488.
Stinzing 421.
Stock 123.
Stockmann, Gummiknoten im Herzfleische bei Erwachsenen 408.
Stone, Vergiftung mit tödlichem Ausgang durch Nitrobenzol, verursacht durch Absorption flüssiger Schuhwichse von der Haut aus 333.
Stöhr 84.
Stöcker, Prostitution und Enthaltsamkeit 280.
Stolper, Traumatische Psychose bei latenter Syphilis. Beitrag zum Kapitel Syphilis und Trauma 482.
Storrs, Metol als Ursache von akuter Dermatitis 352.
Strasburger 596.
Strauss, Arhovin, ein neues Antiblennorrhoicum 48.
— Angiospastische Gangrän 67.
— Eine neue Federdruck-Injektionsspritze 173.
— Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe 318.
— 569. 570.
Strebel, Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und Schleimhaut durch hochfrequente Funkenentladung 315.
— Neue Brandmethoden 334.
— Therapeutische Verwendung der Kathodenstrahlen 338.
— Gedankenaustausch mit Finsen über Lichttherapie 405.

Strebel 285. 606.
Stretton, Anthrax (Pustula maligna), welche mit Sclavoschem Serum behandelt wurde 579.
Sturmer 42.
Suchier 315.
Sugg und Waele, Studien über Variola und Vaccine 364.
Sugget, Behandlung der Syphiliskachexie und -Anämie 325.
Sundkvist 461.
Sura, Lupus vulgaris in seinen Beziehungen zum Berufe des Patienten 417.
Suzuki, Syphilis im Altertum, speziell in China und Japan 105.
Swiatecki 604.
van Swieten 133. 655.
Swoboda, Elephantiasis congenita 155.
Sytherland 66.

Taconnet und Deléarde, Variola haemorrhagica 365.
Taenzer, P. 176. 466. 575.
Tägtmeyer, Lehre vom Peniscarcinom 673.
Talley, Icterus neonatorum und Purpura nach langer Hämorrhagie infolge von Wunde durch Lanzettstich 348.
Tamerl, Pemphigus des Oesophagus 147.
Tandler 84.
Tappeiner und Jesionek, Hautcarcinom, behandelt mit fluoreszierenden Stoffen 612.
— 173.
Tarnowsky, Die syphilitische Familie und deren Nachkommenschaft 135. 206.
Tauffer 594.
Taylor, Multiples Sarkom 160.
— Schnellkur des Erysipels 326.
— 326. 382. 383. 385. 390. 508. 674.
Terrien, Syphilis des Auges und seiner Adnexe 296. 656.
— Syphilitischer Augenschanker 515.
Testa 44. 624.
Testi, Neurotrophisches und vasomotorisches Ödem der rechten oberen Extremität 343.
Teubert, Bösartige Geschwülste der Samenblasen; primärer Samenblasenkrebs 214.
Teutsch 558. 559.
Terzaghi, Röntgentherapie im phototherapeutischen Institut der Lesserschen Klinik für Hautkrankheiten in Berlin 295.
Thibierge, Beziehungen der Vitiligo zur Syphilis 500.
Thiersch 341.
Thimm, Oleum cinereum Vasenoli 315. 523.
Thomas, Erfahrungen über Bottinische Operationen bei Prostatahypertrophie in der Bonner chirurgischen Klinik 218.
— 219.
Thompson, Variola und Vaccinia, ihre Pathologie und Ätiologie 99.
— Lepra in Neu-Südwales im Jahre 1902. 102.
— Bericht über Lepra in Neu-Südwales im Jahre 1901 413.
— Epidemiologie der Lepra; eine Bitte um Genauigkeit 499.
— 223.
Thomson 327.
Thornton, Scharlachepidemie 74.
— Nicht durch Sulfonal bedingte Hämatoporphyrinurie 225.
Thorpe 259. 277.
Thursfield 221.
Tillaux, Chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden 162.
Tillis, Noma nach Typhus 536.
Tobias, Lösliche Quecksilberpräparate bei der Behandlung der Syphilis 145.
Tobler 103 586. 588. 594.
Toeplitz, Syphilitische Nasentumoren 108.
*Toff, Einige Bemerkungen über das farblose Teerpräparat Anthrasol 638.
— Einige Bemerkungen über die Anwendung des Johimbin Spiegel 342.
Tomasczewski, Ätiologie der nach Ulcus molle auftretenden Bubonen und Bubonuli, nebst einigen therapeutischen Bemerkungen 580.
Tommasi 244.
Tonkin, Lepra eine heilbare Krankheit 101.
Török, Ein auf embolischem Wege entstandener Fall von Lupus vulgaris 103.
— 343. 391. 586. 587. 594.
Touton 56. 193. 454.
*Tourtoulin, Die subcutane Chaulmoograöleinspritzung gegen die Lepra 88.
Trczinski, Lichen ruber planus 604.
— 603.
Treille 598.
Trélat 333.
Trémolières, Die Störungen der Sensibilität der Haut 331.
— Die Behandlung des Pruritus 665.
Trendelenburg 620. 675.
Tribondeau 151.
Truffi, Untersuchungen über das Trichophytin 149.
Truneček 299. 309.
Tschlenoff, Pagets Krankheit 405. 570.
— 602.
Türkheim, Julius, Referate 40. 129. 289. 292. 320. 406. 503. 571.
— 91. 311. 500. 632. 637.
Tyzzer, Variola und Vaccinia, ihre Pathologie und Ätiologie 99.

Ucke, Mikroskopisch-anatomischer Befund zu: Schiele, Mykosis fungoides 533.
Uhlenhuth 504.
Uhthoff 521.
Ullmann, Doppellippe 397.
— Sklerodermie en plaques 461.
— Prurigo gravis 462.
— Enuresis und deren Behandlung 671.
Ulrichs 506.
Unna, Die X-Zellen des Carcinoms 158.
— Die chronische Röntgendermatitis der Radiologen 350.
— Keratosis follicularis spinulosa 473.
— 21. 22. 30. 53. 58. 86. 119. 128. 142. 146. 155. 159. 163. 174. 176. 196. 202. 262. 263. 277. 278. 293. 310. 342. 343. 384. 386. 400. 405. 420. 427. 429. 430. 432. 433. 436. 437. 438. 440. 442. 443. 444. 492. 493. 494. 506 508. 534. 544. 575. 580. 585. 589. 592. 593. 594. 611. 622. 628. 631. 650.
Urbantschitsch, Ätiologie halbseitiger Störungen der Schweifssekretion 667.
Ustinow 126.
Uteau, Anatomie des Trigonum vesicae 473.

*Vajda, Erwiderung an Engelbreth (Urethralinjektion) 184.
— 8. 180. 181. 182. 183. 185. 191.
Valengin 508.
Valentine 32.
Variot, Verschiedene Methoden der Quecksilber-Darreichung bei Kindern. Gute Wirkung des grauen Pulvers bei der hereditären Syphilis 524.
Variot, Behandlung des circumskripten Naevi 669.
Varney 63.
Vehmeyer, Nochmals etwas über das Unterschenkelgeschwür 623.
Veiel 146.
Veillon, Beitrag zum Studium der primären multiplen Hautgangrän 536.
Veit 504.
Verdani, Behandlung der Alopecia areata mit Strömen hoher Frequenz 624.
Vermeil, Elephantiasis und Filariose 533.
*v. Veress, Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut 429. 599.
— Lupus vulgaris postexanthematicus 585.
Verrotti, Zwei Fälle von syphilitischer Neuritis der unteren Extremität 140
— Neuer urologischer Beitrag zur Pathogenese der Psoriasis 526.
— 609.
Vertun, Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 34.
— 34.
Vidal 337. 379. 473. 603.
Vielle, Aktinomykose des äufseren und mittleren Ohres 534.
Viertel 34.
Vieth und Joseph, Behandlung der Frostbeulen 650.
— 638. 639. 642.
Vignoli-Lutati, Glatte Muskulatur in den senilen und präsenilen Atrophien der Haut 645.
Vincent 152. 459. 578. 644.
Virchow 510. 662.
Voeckler, Beitrag zur Kasuistik der Purpura cachectica 67.
Vogel 301. 309.
*Voigt, Leonhard, Beitrag zur Gewinnnng der Variolavaccine 485.
— Das Leicester stampingout-System und der Bericht Killick Millards über die Pockenepidemie zu Leicester 363.
— 56. 542.
Voirol, Ätiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes 625.
Volk, Über Kerndegeneration bei cutanen Entzündungsprozessen 30.
Voorhees, Erythromelalgie und deren Behandlung 73.
Vörner, H., Ulcus cruris und seine Ursachen 621.
— Wiederauftretender Herpes zoster, insbesondere über Zoster erythematosus und Zoster vegetans 354.
Voss, Thrombophlebitis blennorrhoica 404.

Waele und Sugg, Studien über Variola und Vaccine 364.
Waelsch, Acne urticata 193.
— 201. 398.
Wagner, Zur Kenntnis der anatomischen Veränderungen bei sekundär-luetischer Optikuserkrankung 115.
— 613.
Wahlmann, Zur Kasuistik der diabetischen Gangrän 625.
Waldeyer 84. 108. 289.
Waldo, Rezidivierender zoster 72.
Walker, Einführung in die Dermatologie 100.
— Uranium bei Lupusbehandlung 104.
— Die chirurgische Anatomie der normalen und vergröfserten Prostata 217.
— Das Operationsgebiet bei Freyers Methode der Exstirpation der Prostata und bei der suprapubikalen Prostatektomie 218.
— Lupus, Carcinom und X-Strahlen 420.
Walford, Vaccination der Unterlippe 79.
Wallace, Totale Prostatektomie 218.
Wallis, Deckglaskulturen und ihre Leistungsfähigkeit beim Studium von Epidermispilzen 330.

d by Google

Walter 528.
Wanscher 429. 431. 436. 438.
Warren 201.
Warschauer, Zur Therapie des Prostataabscesses 37.
v. Wasielewski 364.
Wassermann 540.
Wasserzug 428.
Watson, Akute diffuse Gangrän 347.
Weber, Beitrag zur Syphilis der Lippen, der Zunge und des Kehlkopfes 517.
— und Daser, Idiopathisches, multiples Pigmentsarkom (idiopathisches, multiples, hämorrhagisches Sarkom) 608.
Wechsberg 594.
Wechselmann, Lymphangitischer Strang, Beckenabscefs 26.
— Nekrolog auf Köbner 28.
— Schanker bipolaris 278.
— Keratosis pilaris rubra 278.
— Atrophie der rechten Gesichtshälfte und elephantiastische Verbildung (Varicen) der rechten Unterextremität und des Skrotums 393.
— Syphilitische Papeln durch Tätowierung 394.
— Über Pseudoalopecia atrophicans crustosa 405.
— 25. 26. 28. 124. 600. 601.
Weeks 41.
Weichert, Über einen Fall von Fibroma molluscum mit Hautatrophie 615.
Weidenfeld, Beitrag zur Klinik und Pathogenese des Pemphigus 136.
— Urticaria perstans 395.
— Tuberculosis verrucosa cutis 462.
— Lupus miliaris 462.
— Prämykotisches Exanthem 463.
Weigert 575.
Weil, Quartalsbericht über Nierenkrankheiten 202.
— 167. 670.
Weinberg, Ein neuer dermatologischer Universalthermokauter 427.
Weise, Fall von Dermatitis exfoliativa universalis 525.
Weiss, Hyperidrosis pedum und ihre Behandlung mit Kaliumpermanganatbädern 166.
— Ätiologie und Pathogenese der Samenblasenerkrankungen 213.
— 73.
Weirick und Hartmann, Bericht über Transplantationen von Haut amputierter Extremitäten 332.
Weith, Syphilis maligna 425.
Weitlaner, Empfehlenswerte neuere Antisyphilitika 116.
Welander 284. 459. 523. 581.
Welt-Kakels, Über Vulvovaginitis bei kleinen Kindern, 190 Fälle 227.
Wendt 84.
Werlhof 347. 348.
Wermann 102.
Werner, Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen 118.
— 5.
— und Hirschel, Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Radiumstrahlen 339.
Wertheimer 84.
Wesenberg, Jothion, ein percutan anzuwendendes Jodpräparat 648.
Wesolowski, Keloid spontaneum 604.
Westphal 19. 613.
Wetherby-Wilker, Tripperbehandlung 327.
Weyl 508.
Whaley, Prostatamassage als Heilmittel 328.
Wherry, Anwendung von Nitroglycerin in der Erysipelbehandlung 532.
White, Behandlung der vergröfserten Vorsteherdrüse 327.
Whiteside 475.
Whitfield 146.
Wibmer 422.
Wielowieyski 603.
Wiesmüller, Luetisches Aortenaneurysma 520.
Wigmore, Einige typische Beispiele der Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochgespannten Strömen 58.
Wildbolz 669.
Wilder, Blastomykosis des Augenlides 528.
Wilhelm, Syringocystadenom 395.
Wilkinson 638. 639.
Willcock 60.
Williams, Zunahme der Häufigkeit des Carcinoms 157.
— 147.
Wilson 392. 506.
Winckler, Über die Bedeutung des Ichthargans bei der Behandlung der Blennorrhoe 233.
Winkler 29. 384. 387. 388. 390.
Winternitz 172. 173.
Wintersteiner, Bemerkungen über die Häufigkeit und Verhütung der Blennorrhoea neonatorum 228.
Wiśniewski, Kindsfaustgrofses Sarkom 604.
— Lichen ruber planus 604.
Witte, Über extragenitale Primäraffekte 515.
Wojciechowski 603. 604.
Wolff, Stachow, Düring, Fabry, Hippe, Fürth, Bordelle und Bordellstrafsen 451. 545.
Wolseley, Geisteszustand bei Myxödem 165.
Woods, Eine chemische Reaktion auf Tinea versicolor 528.
Wright, Über die Behandlung der Akne, Furunkulosis und Sykosis mit Inokulationen von Staphylococcusvaccine 149.

Digitized by Google

Wright 274. 456.
Wulff 174.
Würth, Über infektiöse Granulome des Herzens unter Zugrundelegung eines seltenen Falles von gummöser, grofsknotiger Herzsyphilis 480.
Wyschinskaja, Jothion 602.

Zabludowski, Kosmetische Massage 56.
— 323.
Zakrzewski, Über Sapolan 652.
Zeisler 147.
Zeiss 174.
Zeissl 648.
Zenker 304.
Zera. Cancroid 603.
— Carcinoma fibrosum 603.
— Hufeisenförmiges Geschwür 604.
Zeri, Eine pathologische Veränderungen der Nieren bei Ikterus 167.
Zesas, Krebsige Entartung der Kopfatherome 169.
Zlatogoroff, Mikrobiologie der Masern 360.
Ziegler 386. 594. 599.
Ziehen, Psychische Erscheinungen bei cerebraler Syphilis 656.
Ziehl 442.
Ziemann, Über Mělung (Bětä bei den Dualanegern), eine eigenartige Hautkrankheit der Neger in Westafrika 643.
Zimper, Alkaptonurie 222.
Zittmann 274. 372. 426. 523
Zuelzer 209.
Zumbusch, Zwei weitere Fälle von Pemphigus vegetans mit Entwicklung von Tumoren 198.
Zweifel 41. 468.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google